

ÉTUDE
DES
LOCALISATIONS DE LA BLENNORRHAGIE

N° 59

SUR LE SYSTÈME NERVEUX

ET SPÉCIALEMENT SUR LE CERVEAU

FOLIE BLENNORRHAGIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 22 MAI 1896

PAR

E. COULOUMA

Né à Saint-Chinian (Hérault).

Ancien aide-préparateur d'histoire naturelle médicale
à la Faculté de Montpellier (Concours, juillet 1891).

Ancien aide de clinique des maladies syphilitiques et cutanées
à la Faculté de Montpellier (Concours, juin 1894).

Ancien interne de l'Asile public d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse)
(Arrêté préfectoral, décembre 1894).

Pharmacien de 1^{re} classe

de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier (Thèse, 1893).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI
(HAMELIN FRÈRES)

1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*)..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	N...
Id. Sarda (Ch. du c.)	
Anatomie pathologique.....	N...
Id. Bosc (Ch. du c.)	
Microbiologie.....	N...

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	ESPAGNE, agrégé libre.
Pathologie externe.....	N...

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BAUMEL	MM. LAPEYRE	MM. VALLOIS
BROUSSE	MOITESSIER	MOURET
SARDA	BOSC	DELEZENNE
LECERCLE	DE ROUVILLE	GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. MAIRET, *président*.
DUCAMP.
BROUSSE.
BOSC.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

Père, que la mort m'a ravi trop tôt, c'est au souvenir, toujours présent à mon esprit, de ta douce affection, que je dois ce que je sais, ce que je suis.

A MA MÈRE

ET A MES SŒURS N. ET G. COULOUMA

A vous à qui je dois tout, et qui par vos sacrifices, votre dévouement sans bornes et votre inaltérable tendresse, m'avez fait ce que je suis.
Témoignage bien faible d'affection filiale et de profonde reconnaissance.

A MES PARENTS

E. COULOUMA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Chevalier de la Légion d'honneur.

Membre correspondant de l'Académie de médecine.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

Professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de médecine
de Montpellier.

Directeur du Jardin des plantes.

A vous qui, dans des circonstances particulièrement
douloureuses, ne m'avez jamais ménagé encourage-
ments ni appui, à vous je dois les angoisses aussitôt
oubliées et les désespoirs refoulés, la confiance
dans l'avenir et la persévérance dans le travail.

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE L'ÉCOLE SUPÉRIEURE
DE PHARMACIE DE MONTPELLIER

A MES AMIS

*Nil est quod malim quam me ingratum
esse videri.*

E. COULOUMA.

INTRODUCTION

Ayant eu connaissance, pendant notre internat à l'Asile de Montdevergues, de deux publications qui tendaient à montrer l'influence exercée par la blennorrhagie sur l'organe cérébral et la folie consécutive à cette action nocive, nous nous étions promis de diriger nos travaux de ce côté, en vue de notre thèse inaugurale. Mais comme le sujet est encore tout nouveau et que la folie blennorrhagique n'a pas encore pris sa place définitive dans le cadre nosologique, nous avons légèrement changé le plan de notre travail, sans abandonner toutefois notre idée première, et nous avons étudié les *localisations de la blennorrhagie* sur le *système nerveux* et spécialement sur le *cerveau*.

Nous émettons le vœu que cette étude sur la folie blennorrhagique, à laquelle nous consacrons la plus grande partie de notre travail, soit continuée par de nouvelles observations cliniques, avec contrôle anatomo-pathologique et aussi bactériologique, et que ces travaux ultérieurs démontrent pleinement ce que nous soutenons avec une certaine crainte. C'est dans cet espoir que nous avons persisté à traiter ce sujet.

La blennorrhagie, maladie habituellement locale, semble, en effet, dans certains cas heureusement assez rares, se gé-

néraliser, envahir l'organisme et se conduire comme une infection générale. Les accidents généraux déterminés par l'infection blennorrhagique peuvent être d'une importance si minime que souvent ils passent inaperçus ; ils peuvent revêtir une intensité moyenne, ils sont capables, enfin, dans certains cas exceptionnels, de prendre les allures d'une infection grave et d'amener parfois rapidement la mort du malade.

Dans ces dernières années, on parle beaucoup de germes infectieux et on voit la grande tendance des auteurs à leur rapporter les troubles nerveux et psychiques observés dans les maladies qu'on appelait simplement autrefois maladies aiguës.

Le but que nous nous proposons dans ce travail est double : notre intention est de passer rapidement en revue ce qui a été dit et écrit sur les complications nerveuses de la blennorrhagie, et d'étudier plus spécialement l'influence de la blennorrhagie, maladie générale et infectieuse, sur le cerveau et le développement des affections mentales. Les découvertes microbiologiques modernes et les notions acquises sur le mécanisme des infections ont permis de mettre en relief cette influence.

Nous avons trouvé, tant en France qu'à l'étranger, des observations où sont décrites les lésions types liées à ces processus morbides. En recueillant ainsi des faits relatés à diverses époques et dans des pays différents, nous croyons nous être mis à l'abri du reproche d'être parti d'une idée théorique préconçue.

C'est dans cet esprit que nous avons entrepris ce travail,

pour lequel nous demandons à nos juges, si son insuffisance n'est pas en rapport avec l'importance du sujet, toute leur indulgence en faveur de nos intentions et de nos efforts.

Nous avons été tout naturellement conduit à adopter pour notre travail l'ordre suivant. Dans un premier chapitre, nous tâcherons de montrer que la blennorrhagie doit être considérée désormais comme une maladie générale et infectieuse, sans cependant trop insister sur l'histoire de la question. Puis, entrant dans le cœur du sujet, nous étudierons les manifestations de la blennorrhagie sur les diverses parties du système nerveux, nerfs périphériques, moelle et méninges médullaires, cerveau, en insistant plus spécialement sur les troubles psychiques, sur la folie consécutive à la blennorrhagie. Ensuite, après avoir recherché l'agent ou les agents de ces complications nerveuses et montré le mécanisme de ces manifestations à distance au cours de la blennorrhagie, nous indiquerons le traitement que l'on doit prescrire dans ces différents cas, et nous terminerons enfin par des conclusions aussi nettes et aussi précises que nous l'aura permis l'interprétation impartiale des faits cliniques.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir remercier M. le professeur Mairat, doyen de la Faculté de médecine, qui, en acceptant la présidence de notre thèse, n'a fait qu'ajouter un dernier témoignage de sympathie à ceux dont il nous avait déjà comblé. C'est là un nouveau titre à notre gratitude : que ce modeste travail en renferme l'expression sincère.

Nous adressons nos meilleurs remerciements à M. le professeur Brousse, notre Maître direct à la Clinique des mala-

dies cutanées et syphilitiques, pour l'amitié qu'il nous a témoignée et l'intérêt qu'il nous a porté pendant le cours de nos études médicales.

Nous en dirons de même de MM. les professeurs Ducamp et Bosc, de tous nos maîtres, en un mot, que nous tenons à assurer de notre vive gratitude : puissions-nous avoir mieux profité des années que nous avons passées auprès d'eux.

Qu'il nous soit permis, enfin, de témoigner publiquement notre profonde reconnaissance à M. le professeur Granel, directeur du Jardin des plantes. Arrivé au terme de nos longues études, nous ne saurions oublier celui qui n'a pas cessé de nous honorer de son amitié et de nous aider de ses bienveillants conseils, pendant les deux années passées auprès de lui comme aide d'histoire naturelle médicale, et jusqu'à la fin de nos travaux. Nous n'ignorons pas combien est grande la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui, et nous lui donnons la ferme assurance qu'il restera à jamais dans notre souvenir.

Nous n'aurions garde d'oublier M. le professeur Silvio Venturi, directeur de l'Asile provincial de Girifalco (Italie), qui a bien voulu nous communiquer le résultat de ses recherches et de ses travaux, et a mis obligeamment à notre disposition les deux mémoires qu'il a publiés. Nous le prions d'accepter nos remerciements sincères.

Nos remerciements aussi à notre ami, M. le docteur Léna, pour l'obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition sa connaissance de la langue italienne.

ÉTUDE
DES LOCALISATIONS DE LA BLENNORRHAGIE
SUR LE SYSTÈME NERVEUX
ET SPÉCIALEMENT SUR LE CERVEAU

FOLIE BLENNORRHAGIQUE

CHAPITRE I

La blennorrhagie, maladie générale et infectieuse

Bien que la blennorrhagie soit probablement aussi vieille que les plus antiques civilisations, ce n'est guère qu'au siècle dernier qu'on songea à lui rattacher les manifestations articulaires qui l'accompagnent ou la suivent parfois.

Avant Selle et Swédiaur, la coïncidence de la blennorrhagie et du rhumatisme, et même leur relation de cause à effet, étaient connues. Mais il faut arriver à l'année 1781 pour voir les faits disséminés, prendre corps et former une doctrine. C'est, en effet, à Selle, à Swédiaur, à Hunter, que revient l'honneur d'avoir vulgarisé cette doctrine, et de l'avoir fait entrer dans la science.

La découverte du gonocoque par Neisser, en juillet 1879, vient donner un nouvel élan, une nouvelle direction aux études.

Le champ s'est élargi depuis; des théories nouvelles ont remplacé les théories anciennes. La blennorrhagie a été élevée au rang de maladie infectieuse générale. Depuis les travaux initiateurs de Davaine, de Pasteur, de Koch, la vraie cause de certaines affections a été reconnue, et l'on a pu rattacher au même processus bacillaire certaines complications qui ne paraissaient autrefois que des maladies différentes et surajoutées. Il est vrai que, même à l'heure actuelle, cette spécificité microbienne, si merveilleusement découverte et si irréfutablement démontrée pour nombre de maladies, est déniée au catarrhe blennorrhagique par de très bons esprits; il est vrai que des savants très autorisés ne voient dans la blennorrhagie que le résultat d'une irritation quelconque de la muqueuse uréthrale, et que, pour eux, l'écoulement qui succède parfois à un cathétérisme malpropre ou répété est en tous points semblable à celui qui reconnaît pour cause un coït infectant.

Mais il nous sera permis de faire remarquer que si, depuis l'écoulement historique de Swédiaur, certaines blennorrhagies peuvent être légitimement attribuées à des irritations diverses, il en est d'autres, au contraire, et non des moins fréquentes, où un coït unique et rapide, parfois même une simple tentative de coït, a donné naissance à la maladie, et où la rapidité de la contagion témoigne déjà en faveur de sa virulence.

Et en présence de la découverte de Neisser confirmée par des chercheurs tels que Damaschino, Cornil, Bouchard, Spillmann, etc., après l'expérience de Bockard, qui, injectant dans l'urèthre d'un aliéné une culture pure de gonocoques, reproduit la blennorrhagie, après les recherches de l'Italien Petrone, qui trouve deux fois l'agent infectieux dans le liquide articulaire et dans le sang de rhumatisants blennorrhagiques; devant ce fait enfin, tout récemment signalé par Arnozan (de

Bordeaux), du ralentissement constant du pouls au cours de cette affection, ne devons-nous pas, en toute vérité, distinguer deux blennorrhagies : l'une, banale, purement locale et sans gravité; l'autre, vraiment infectieuse, gonococcienne, métastatique au sens rajeuni du mot, et pouvant donner lieu à des complications graves, parfois même mortelles, dont nous nous proposons d'étudier, dans notre thèse, l'une des moins fréquentes et par conséquent des moins connues jusqu'à ce jour.

Féréol disait, il y a vingt-cinq ans environ : « La chaude-pisse est-elle toujours une affection identique à elle-même ? N'est-elle pas quelquefois une inflammation simple, franche, légitime ? Est-elle au contraire quelquefois une affection générale, une véritable maladie susceptible de produire une infection de l'économie ? » Ces paroles posent nettement les deux questions principales que soulève aujourd'hui la blennorrhagie. La première est à peine ébauchée; la seconde, celle que nous allons traiter, est la suivante : la blennorrhagie infecte-t-elle, oui ou non, l'économie ?

Aussi le titre que nous avons mis en tête de ce premier chapitre a-t-il, malgré son apparence prétentieuse, une excuse indiscutable ; il traduit exactement le but poursuivi dans ce travail. Aujourd'hui il n'est plus permis de dire avec Thibierge, au sujet des conséquences générales de la blennorrhagie : « Leur histoire tient presque entière dans celle du rhumatisme. » Nous espérons montrer, en outre, que Lesser a dit à tort que l'agent spécifique de la blennorrhagie ne peut « jamais déterminer une infection générale de l'organisme. »

Enfin, si nous avons cherché à montrer que l'infection blennorrhagique peut exister, nous n'avons pas eu la pensée d'étendre la généralisation à tous les cas. Si une maladie infectieuse donnée peut avoir toute l'apparence d'une maladie locale, à plus forte raison en sera-t-il de même, le plus ordi-

nairement, pour la blennorrhagie. Mais il ne s'ensuit pas que l'on soit dans le vrai, en disant avec Mauriac : « Si l'intoxication existait, il est indubitable qu'elle donnerait toujours plus ou moins signe de vie. Il faut donc rejeter l'hypothèse d'une intoxication de l'organisme par le virus blennorrhagique. » D'abord cette intoxication n'est pas toujours nécessaire, la pustule maligne n'est pas toujours le charbon confirmé ; et, en second lieu, quand cette intoxication nous échappe, sommes-nous toujours certains de la savoir chercher ?

De toutes les maladies infectieuses, la plus fréquente est, à coup sûr, la blennorrhagie. Combien peu d'hommes, en effet, restent réfractaires au gonocoque, et, par contre, combien grand est le nombre de ceux qui n'ont pas subi qu'une seule fois ses atteintes. Mais, tout en étant de beaucoup la plus fréquente des maladies infectieuses, elle est encore celle que le médecin a parfois le plus de peine à dépister, car les malades ne songent jamais à l'accuser des méfaits dont elle est responsable, et pour eux l'orchite est la pire complication qui puisse en résulter.

Aussi ce sera l'un des nombreux progrès de la médecine contemporaine d'avoir porté cette lumineuse notion de contagage animé et de virulence dans l'étude d'affections dont la cause, avant la découverte du bacille, restait véritablement mystérieuse.

Pour le moment, nous admettons qu'il y a infection, sans essayer de déterminer la façon dont va se conduire l'agent de l'infection. Que va-t-il se passer ?

Ici, nous abandonnons le domaine des théories pour rentrer dans celui des faits cliniques.

Ou bien, sans frapper de préférence aucun organe en particulier, la blennorrhagie va produire des phénomènes d'infection générale ;

Ou bien, après une première réaction plus ou moins mar-

quée, le poison va se localiser à l'organe ou au système choisi.

D'où :

- 1° Accidents généraux de la blennorrhagie ;
- 2° Manifestations localisées de la blennorrhagie.

1° ACCIDENTS GÉNÉRAUX. — Les accidents généraux qui surviennent au cours de la blennorrhagie peuvent revêtir une gravité plus ou moins grande, une allure plus ou moins bruyante. Et il semble que les jeunes gens réagissent d'une façon plus intense que les hommes d'un âge mûr (Leloir).

Ces accidents généraux peuvent revêtir plus ou moins d'intensité. Ils peuvent être légers ; dans ce cas, ils amènent une réaction purement générale, sans indiquer une préférence pour aucun organe particulier ; ou bien ils produisent une légère réaction et semblent se localiser sur les nerfs, sur les muscles, etc. ; enfin, cas le plus fréquent, ils donnent lieu à des accidents généraux, et produisent en même temps des troubles plus marqués dans un système.

Ils peuvent être de moyenne intensité ; dans ce cas, et sans revêtir encore une grave allure, ils prennent déjà une tournure plus inquiétante. Ils attaquent de préférence les voies digestives, et sont surtout caractérisés par des symptômes d'embarras gastrique fébrile, à tel point qu'on croirait parfois à un début de fièvre typhoïde (Leloir).

Il peuvent enfin être graves, provoquer un état pseudo-typhoïde ou occasionner une infection purulente et aller même jusqu'à la mort du malade.

Il existe, dans la blennorrhagie, des troubles généraux, sur lesquels les auteurs ne sont nullement d'accord. Nous ne saurions mieux faire que de mettre sous les yeux les passages qui nous ont le plus vivement frappé.

Et, d'abord, nous demandons la permission de citer *in*

extenso les paroles véritablement remarquables que MM. Pidoux et Féréol ont prononcées à la Société médicale des hôpitaux, le 23 novembre 1866, paroles par lesquelles ils se montrent les clairvoyants précurseurs des doctrines nouvelles, à une époque où la notion des maladies infectieuses existait à peine : « N'avez-vous pas remarqué assez souvent, comme moi, disait Pidoux (*Union médicale*, année 1866, 2^e série, t. XXXII, p. 472), l'altération disproportionnée, en apparence, que présentent le facies et la santé générale de certains jeunes gens affectés de blennorrhagie, même récente ? Pour moi, elle m'a toujours beaucoup fait réfléchir. Leur pâleur, l'expression terne du regard, quelque chose de relâché dans les traits du visage, un peu d'amaigrissement rapide et de décoloration blafarde de la peau, semblent indiquer chez eux l'existence d'une maladie ancienne ou grave... »

Mais, en outre, « on ne tarde pas à observer chez ces sujets une série de manifestations morbides qui indiquent évidemment une altération constitutionnelle propre à l'infection blennorrhagique, altération que les Allemands ont appelée *lues gonorrhæa*, et qui consiste dans une sorte de lymphatisme ou d'état strumeux qu'on croirait être inoculé aux sujets par la blennorrhagie.... »

M. Féréol disait à son tour : « Sans me dissimuler toutes les difficultés de la question, j'avoue que mes tendances me portent vers l'hypothèse de l'existence d'un virus blennorrhagique. C'est une hypothèse, mais la démonstration en sera peut-être faite quelque jour. »

Chotier (1884) consacre, à l'état général des blennorrhagiques, les lignes suivantes : « Une nouvelle preuve de la virulence de la blennorrhagie, de cette intoxication spéciale de l'organisme, nous est donnée par l'anémie particulière qui accompagne quelquefois l'écoulement blennorrhagique, anémie que le professeur Fournier met sur le compte de l'écoulement,

du traitement que l'on fait suivre aux malades, et enfin de l'état moral qu'on rencontre chez les mêmes malades.

» Mais l'écoulement n'est pas assez abondant, ni le traitement assez débilitant pour provoquer une pareille anémie. Nous croyons qu'il faut voir là un résultat de l'empoisonnement et de la viciation du sang des blennorrhagiques par les matières virulentes de l'écoulement purulent. Cette anémie est l'analogue de celle qu'on observe dans la syphilis, qui est bien due, celle-là, non pas à l'écoulement qui n'existe pas, ni au traitement qui souvent n'est pas institué, mais bien à l'action du virus sur le sang. C'est donc le résultat d'une auto-intoxication. »

Louis (1891) dit : « On observe chez les individus porteurs d'une blennorrhagie un état d'affaiblissement, d'affaissement général avec pâleur, dépression physique et morale, un véritable état anémique. Cet état ne doit-il pas faire penser à une infection, à une viciation du sang par un principe virulent ? »

Bref, ces citations, que nous pourrions multiplier, nous confirment, pour la plupart, dans cette opinion que, en bien des circonstances, on trouve des blennorrhagiques atteints de fièvre légère, de courbature, d'état gastrique léger, de pâleur des téguments, d'anémie, et qu'il y a là, certainement, une atteinte portée à l'état général.

De toute nécessité, il faudrait examiner l'état du sang chez les blennorrhagiques, avant de rien conclure de précis. Il n'en reste pas moins évident que la blennorrhagie, dans certaines conditions que n'expliquent ni l'état antérieur du malade, ni l'acuité souvent modérée de l'affection, ni le traitement, détermine une modification qui entraîne un trouble de la santé générale, comme les maladies infectieuses les plus indiscutables.

2° MANIFESTATIONS LOCALISÉES. — La réalité de l'infection

blennorrhagique n'est pas seulement démontrée par les phénomènes de réaction générale que nous venons d'étudier ; elle peut s'appuyer également sur les manifestations à distance qu'on rencontre au cours de la blennorrhagie, et qui sont si nombreuses et si variées, que l'on peut dire que pas un système, pas un appareil n'y échappe.

Beaucoup de ces manifestations peuvent, par leur aspect, leur évolution, leurs localisations, constituer un syndrome clinique.

Nous nous contenterons de les énumérer, afin de ne pas sortir de notre sujet. Ce sont :

1° Des manifestations articulaires et péri-articulaires, désignées par le professeur Bouchard sous le nom de pseudo-rhumatisme blennorrhagique (arthralgie, hydarthrose, arthrite aiguë).

2° Des manifestations cutanées (éruptions diverses).

3° Des complications viscérales portant sur l'appareil circulatoire (péricardites, endocardites, phlébites) ; l'appareil respiratoire (pleurésies) ; l'appareil digestif (embarras gastrique) ; les organes d'excrétion (cystites, néphrites, pyélonéphrites, phlegmons périnéphrétiques) ; les organes des sens (conjonctivites, iritis) ; le système osseux (périostites).

4° Enfin, des manifestations nerveuses, localisées sur le système nerveux périphérique (névrites et névralgies) et sur le système nerveux central (méningo-myélites, encéphalopathies).

Ce sont ces dernières localisations, les moins fréquentes peut-être, mais aussi les plus intéressantes, que nous allons étudier.

CHAPITRE II

Localisations de la blennorrhagie sur les nerfs périphériques

(NÉVRITES ET NÉVRALGIES BLENNORRHAGIQUES)

Le système nerveux est-il touché par la blennorrhagie ? Même posée dans des termes aussi généraux, la réponse est bien variable suivant les auteurs même récents. Certains gardent un silence complet. D'autres répondent affirmativement, mais de deux façons différentes ; le plus grand nombre soutient que la blennorrhagie peut apporter des modifications d'ordre dynamique sur le système nerveux, sans qu'il y ait rien de spécial dans le mode de production de ces modifications, que l'on peut assimiler entièrement à celles que détermine le traumatisme articulaire, sans qu'il y ait lieu de l'interpréter autrement que par un acte réflexe pur et simple. Seuls, un petit nombre d'observateurs cherchent dans l'idée d'une maladie générale, d'une infection à déterminations méningo-médullaires, la réponse à la question posée.

Il nous semble logique d'adopter cette dernière interprétation qui, hier encore hypothèse, voit les faits se multiplier et lui apporter chaque jour des documents décisifs. Non pas cependant qu'elle se soit accrue de toutes parts et qu'elle ait poussé régulièrement ses conquêtes. Certains territoires sont moins favorisés que d'autres. Les névrites, par exemple, sont encore peu connues, bien qu'on puisse affirmer qu'elles existent et que la description de quelques-unes ait été faite complètement.

Deux sortes de lésions sont produites par la blennorrhagie sur les nerfs, sans lésion apparente du système nerveux central. Les unes sont des névrites, toujours graves et tenaces ; les autres des névralgies, le plus souvent passagères.

1° NÉVRITES D'ORIGINE BLENNORRHAGIQUE. — Les observations de ces névrites ne sont pas nombreuses ; mais nous sommes persuadé que, lorsque l'attention sera attirée sur ce sujet, les cas observés se multiplieront.

M. Peter, en 1866, publia dans l'*Union médicale* une observation de sciatique qu'il croyait symptomatique d'une lésion médullaire. Mais, en y regardant de près, on voit qu'il y a là une erreur de diagnostic, bien permise du reste en 1866, et qu'il s'agit tout simplement d'une polynévrite.

En 1868, M. Fournier publia, dans l'*Union médicale*, une observation de M. Everard Home, sous le nom de sciatique blennorrhagique. Mais il s'agit encore là d'une polynévrite à forme motrice, car il existait chez le malade des troubles de la sensibilité qui n'existent pas dans la poliomyélite.

Les complications de la blennorrhagie peuvent porter aussi sur les nerfs crâniens ou sur les méninges cérébrales, et la science possède des observations très intéressantes concernant des névrites des nerfs crâniens.

Nous citerons comme observation de névrite localisée, le cas de névrite optique, qui fut l'objet d'une leçon clinique de M. le professeur Panas, en 1890. M. Panas attribue cette névrite à une poussée de méningite de la base, avec exsudation séreuse. Il est d'avis que le rhumatisme blennorrhagique, comme le rhumatisme ordinaire, attaque les grandes séreuses, et que les méninges, quoique plus favorisées que la plèvre et le péricarde, ne sont pas à l'abri de l'infection gonococcique. Cette névrite optique serait donc secondaire, d'après le professeur Panas, mais toujours d'origine blennorrhagique.

M. Paul Raymond, dans la *Gazette des hôpitaux* du 5 septembre 1891, signale : de Fournier, deux cas de surdité et un cas de diplopie, sous la dépendance de la blennorrhagie ; et de Fischel, deux cas de surdité provenant de la même origine.

M. Pombrack, d'après la *Revue neurologique*, admet, lui aussi, l'altération immédiate du système nerveux par le gonocoque et croit à une polynévrite aiguë, due à l'altération des nerfs périphériques par le poison blennorrhagique.

2° NÉVRALGIES D'ORIGINE BLENNORRHAGIQUE. — La névralgie est un syndrome clinique que l'on classe généralement parmi les névroses. Le plus souvent, elle est symptomatique d'un état général, et, dans ce cas, le nerf où siège la névralgie ne présente aucune lésion apparente ; mais, dans quelques cas, elle est symptomatique d'une lésion qui siège sur le trajet du nerf. Ces douleurs névralgiques sont erratiques ou localisées.

Or, la blennorrhagie peut-elle produire des névralgies ? Nous répondons, sans hésiter : oui. En effet, nous savons que les maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde, l'impaludisme, etc., peuvent produire des névralgies. Or, la blennorrhagie est une maladie infectieuse ; et M. Abel Souplet, dans sa thèse récente de 1893, a suffisamment prouvé que, « s'il n'était pas scientifiquement démontré que la blennorrhagie existe en tant que maladie générale, il y avait de fortes présomptions pour admettre sa candidature à l'existence. »

Cette maladie réunit donc toutes les conditions voulues pour produire l'irritation des nerfs périphériques ; et, de même que pour les maladies infectieuses, ses localisations sont trop nombreuses pour qu'elle reste sans action sur les nerfs périphériques.

Elle produit surtout des névralgies sciatiques et des névral-

gies crurales ; et il suffit de consulter les nombreuses observations rapportées par MM. Fournier (1868) et Brisson (1883), et d'autre part, par M. Coutagne, dans les *Annales de dermatologie* de 1870, pour être convaincu que la présence simultanée de ces névralgies et de la blennorrhagie n'est pas une simple coïncidence.

Dans toutes ces observations, aucun des malades n'avait souffert de sciatiques avant la blennorrhagie ; elles n'ont débuté qu'après l'écoulement. De plus, toutes ces névralgies ont été améliorées et guéries par le traitement antiblennorrhagique. Enfin, les récidives ont coïncidé, soit avec de nouvelles blennorrhagies, soit avec des poussées nouvelles d'une uréthrite chronique ; et ces récidives ont été bridées aussi par le traitement de la blennorrhagie.

Ces sciatiques blennorrhagiques, considérées jadis comme de nature rhumatismale, doivent être aujourd'hui, comme les autres manifestations, rattachées à l'infection blennorrhagique.

Le diagnostic de ces névralgies, d'origine blennorrhagique, ne présente pas de difficultés. Elles se distinguent des névrites, en ce qu'elles ne présentent pas de fourmillements, ni d'atrophies musculaires, ni d'anesthésie, ni de parésie. Enfin, elles ne sont pas d'origine médullaire, puisqu'elles ne sont pas bilatérales et qu'elles ne présentent pas de signes de lésion de la moelle.

Leur pronostic est essentiellement bénin ; et si les traitements employés couramment contre les névralgies ordinaires ne produisent aucun effet sur la sciatique blennorrhagique, on obtient, au contraire, d'excellents résultats avec les traitements antiblennorrhagiques.

Observation I

(INÉDITE)

(Due à l'extrême obligeance de M. le professeur agrégé Bosc)

Blennorrhagie. — Névrite blennorrhagique

Le nommé A... (Jules), âgé de trente-quatre ans, jardinier, entré le 2 décembre 1891, au n° 12 de la salle Combal.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère encore en vie, ont eu, l'un des douleurs sciatiques et des rhumatismes, l'autre de fréquentes névralgies faciales. Ses deux frères sont sujets aux migraines, et sa sœur a des névralgies dentaires très vives avec carie dentaire précoce.

Antécédents personnels. — Pas de convulsions dans l'enfance ; petite vérole à huit ans, et varicocèle à seize ans. En 1879, à vingt-deux ans, il éprouve de fréquents étourdissements, sa vue se brouille et de fortes migraines apparaissent ; il a souvent des vertiges, surtout quand il se baisse ; de plus, des douleurs de reins, subites et très vives, le prennent en plein travail, l'empêchant, soit de se courber, soit de se relever. (Il faut dire que le malade, étant jardinier, était souvent dans l'eau et se couchait parfois sur la terre fraîche.) Il entre à l'hôpital, et en sort guéri un mois après.

En 1890 (décembre-janvier), le malade, âgé alors de trente-trois ans, ressent une douleur à la plante du pied et au talon. Et cependant, il s'était préservé de l'eau et de l'humidité ! Mais, *il avait, depuis quelque temps, un écoulement blennorrhagique.* Les pieds étaient un peu enflés au niveau des malléoles ; des douleurs vives siégeaient au niveau du tendon d'Achille ; mais il ne sentait sa douleur de la plante des pieds que lorsqu'il était au travail, debout ou en marche ; et une fois couché, les douleurs se calmaient. Quand il se levait, le matin, il souffrait beaucoup dès qu'il posait le pied sur le sol, puis les douleurs devenaient peu à peu plus supportables, et il marchait plus facilement.

Sur ces entrefaites, son écoulement diminue, mais revient, dans la suite, à plusieurs reprises.

En juillet 1891, les douleurs plantaires reprennent avec une grande intensité ; la plante du pied est excessivement sensible, douloureuse ; le malade ne peut poser le pied sur le sol et doit s'aider de béquilles et de pantoufles très épaisses. Dès qu'il pose le pied à terre, douleur

intense accompagnée de tremblements épileptoïdes, en même temps qu'enraidissement et état parétique très marqué des membres inférieurs. S'il veut marcher droit devant lui, il doit faire décrire de grands arcs de cercle à ses membres inférieurs. Couché, il doit tenir ses jambes dans l'extension ; s'il les fléchit, il ne peut les ramener à leur position première qu'après de nombreux efforts. Cet état persiste pendant trois semaines. A ce moment, la douleur monte au niveau des chevilles qui s'enflent, deviennent violacées et très sensibles au moindre contact.

En août, les genoux s'enflent et restent ainsi pendant un mois et demi, malgré 3 grammes de salicylate de soude que le malade prend chaque jour pendant cinq jours successifs. Ce traitement n'amenant aucun soulagement, on applique des pointes de feu abondantes, après avoir mis de chaque côté de la rotule des bandes de toile vésicante. Un mieux sensible se déclare et s'accentue. Le malade peut marcher en s'aidant seulement d'un bâton ; mais, dès qu'il se lève et se met sur ses pieds, ses jambes s'enraidissent et il se produit des tremblements épileptoïdes.

Vers cette même époque, apparaît sur le côté externe des deux jambes, une éruption de petites vésicules arrondies, blanches, disposées sur le trajet des nerfs ; ces vésicules crevaient et laissaient sortir du pus. On voit encore les cicatrices de cette éruption qui nous paraît avoir eu tous les caractères du zona.

De temps en temps, douleurs au niveau du sein gauche, au bas des reins, au cou et à l'épaule droite, qui empêchent le malade de dormir.

Pendant toute cette période, le malade ne prend qu'un peu de potage et de lait. Amaigrissement très notable de tout le corps, portant sur les bras et surtout sur les jambes qui ont fortement diminué de volume.

État actuel. — A son entrée, le malade éprouve un grand sentiment de fatigue dans tout le corps ; il est brisé de partout ; mais il se plaint surtout des pieds.

Au point de vue de la *sensibilité*, il ne souffre point tant qu'il reste dans son lit ; de temps en temps, quelques secousses électriques dans tout le corps, sans point de départ bien précis. Mais, dès qu'il veut appuyer ses pieds à terre, des douleurs très vives se manifestent au moindre contact. Il se plaint de douleurs dans une grande partie de son corps, surtout marquées au niveau des membres inférieurs qui

sont très maigres avec masses musculaires très atrophiées. Les pieds paraissent un peu congestionnés et un peu épaissis, surtout en arrière des malléoles et dans la région du talon ; on constate, à ce niveau, un peu de rougeur avec empâtement. Douleur excessive à la pression dans la partie plantaire postérieure (régions malléolaire et rétro-malléolaire), remontant vers le tendon d'Achille, et reparaisant très vive tout autour des rotules, faisant à ces dernières une couronne sensible très marquée, surtout du côté droit. Même douleur au niveau des vertèbres sacrées, au niveau des dernières vertèbres cervicales, diminuant le long des autres cervicales et reparaisant avec son intensité au niveau de l'occiput pour diminuer au niveau du pariétal droit. Douleur dans l'épaule droite, au niveau des deux seins et surtout du sein gauche ; douleur dans la région claviculaire et tout autour du cou, principalement du côté droit.

Ces douleurs persistent toute la journée, sont continues et s'exagèrent par la pression. Hyperesthésie très marquée au contact, même très léger, dans tous les points sus-indiqués ; une piqûre au niveau des points rétro-malléolaires, malléolaires ou rotuliens, fait pousser des cris au malade, entraîne des contractions musculaires, le retrait du membre et même quelques trépidations épileptoïdes. La sensibilité au contact et à la douleur est bien conservée partout, sans retard dans la perception ; la sensibilité thermique est normale. Les réflexes sont très exagérés, et la percussion des tendons rotuliens est douloureuse.

Au point de vue de la *motilité*, le malade paraît avoir conservé sa force musculaire à un degré considérable, mais la douleur l'empêche de se tenir sur ses pieds et rend la station debout et la marche impossibles, le contact du sol étant excessivement douloureux. Quand il s'appuie sur une seule jambe, celle-ci se met à trembler ; et ce même tremblement, de nature épileptoïde, survient, lorsqu'il touche, par inadvertance, quelque objet du pied. Sa marche, à l'aide d'un bâton, est excessivement difficile et se fait par hésitation très longue, sur une jambe, puis sur l'autre, sans phénomènes d'ataxie, mais avec enraidissement, tremblement de nature épileptoïde et peine à détacher le pied du sol. Il progresse ainsi lentement, les pieds très déviés en dehors. Si on lui enlève son bâton, il titube et a un mouvement de propulsion très marqué qui le ferait tomber si on ne le retenait pas.

De plus, on remarque que la pointe des pieds est fléchie, tombante, comme dans les cas de paralysie des extenseurs.

L'acuité visuelle paraît normale ; cependant, s'il regarde un objet lumineux, son œil est attiré ; il fixe et il est attiré tout entier, comme s'il était en extase ; mais il fait effort sur lui-même et il sort de cet état. Légère diplopie quand il est un peu fatigué ; alors il « abandonne la vue à elle-même », il ne fixe plus et alors il voit double ; mais, s'il réagit, il voit de nouveau un seul objet. Bref, il paraît y avoir une fatigue rapide de certaines parties de la musculature de l'œil. D'ailleurs, on note chez lui un léger strabisme. Le champ visuel paraît assez fortement rétréci, surtout en dehors.

Le malade est dans un état d'instabilité cérébrale très considérable ; la moindre chose le tracasse, il pense à mille choses et ressent quelquefois une grande gêne. Il remarque que, depuis quelque temps, il parle avec plus de difficulté, que « sa langue est un peu épaissie » et qu'il lui faut revenir plusieurs fois sur le même mot.

L'examen électrique montre que, pour obtenir la contraction dans la jambe droite, il faut tout l'emboitement des bobines. L'extenseur commun, à droite, se contracte moins qu'à gauche ; mais on n'observe nulle part de réaction de dégénérescence.

Traitement : pointes de feu ; exalgine.

Le malade sort de l'hôpital, en janvier 1892, très amélioré ; les douleurs ne persistent qu'à un degré bien moindre, aux malléoles et à la plante des pieds, au niveau des talons.

Nous nous en tiendrons à cette seule observation afin de ne pas trop surcharger notre travail, mais nous avons tenu cependant à la donner aussi complète que possible. Et on voit, certes, qu'elle est un type complet de névrite, aux seuls symptômes que nous avons mentionnés : fourmillements, douleurs, atrophies musculaires, parésie, zôna, diplopie et bilatéralité des lésions ; quant à son étiologie, elle n'est point douteuse, malgré les antécédents du malade. Les lésions ont commencé avec l'écoulement blennorrhagique et ont disparu progressivement avec lui.

CHAPITRE III

Localisations spinales de la blennorrhagie

(MÉNINGO-MYÉLITES BLENNORRHAGIQUES)

I. HISTORIQUE. — L'histoire de la méningo-myélite blennorrhagique est à peine ébauchée, ce qui s'explique facilement, si l'on songe à la rareté des accidents spinaux comparée à la fréquence des autres complications de la blennorrhagie. On trouve cependant dans la littérature médicale des observations déjà anciennes; mais elles sont publiées sous un autre titre. (Everard Home, en 1803; Stanley, en 1833; Gull, en 1856.)

On ne saurait, du reste, s'étonner, en songeant aux idées qui avaient cours à cette époque, que, même en présence des lésions de la moelle, les anciens auteurs n'aient pas osé établir entre la blennorrhagie et les accidents médullaires, une relation de cause à effet. La blennorrhagie était à peine connue et ses complications, même les plus fréquentes, étaient discutées.

Nous allons voir cependant qu'en France, où le mémoire de Gull paraît profondément ignoré, on va soupçonner la notion de spécificité.

En 1866, ont lieu les séances de la Société médicale des hôpitaux, rendues célèbres par Pidoux et Féréol; puis viennent les thèses de Tixier (1866) et de Bonnet (1877); en juin 1888, MM. Hayem et Parmentier font paraître, dans la *Revue de médecine*, un mémoire sur les manifestations spinales de la blennorrhagie; en décembre de la même année, MM. Chavier

et Février publient, dans le même recueil, une observation de myélite blennorrhagique terminée par la guérison ; puis, thèse de Dufour en 1889. Enfin, dans trois thèses récentes, celles de Souplet et de Patoir, de Lille (1893), qui, toutes deux, ont pour but de montrer que la blennorrhagie est une maladie générale, et celle de Barrié (1894), un chapitre important est consacré à la méningo-myélite blennorrhagique.

A côté de ces travaux d'ensemble, des observations isolées ont été publiées dans différents recueils en France, en Allemagne par Leyden et Reimers, en Russie par Polozof, Trapeznikof, en Italie par Stéfanini, en Belgique par Stienon.

Aussi, actuellement, les faits sont-ils assez nombreux pour que la méningo-myélite blennorrhagique soit généralement admise, et pour assigner comme cause aux accidents spinaux l'infection blennorrhagique.

II. ÉTIOLOGIE. — Ces accidents apparaissent principalement chez l'homme. L'âge du malade et ses antécédents ne semblent pas exercer une grande influence ; mais il n'en est pas de même de l'écoulement, et, dans le cas de Reimers, les accidents surviennent chez un individu qui, malgré sa blennorrhagie, faisait des excès de coït et de boisson.

Les accidents de méningo-myélite peuvent survenir dans des blennorrhagies de faible intensité ; ils peuvent apparaître à une première atteinte ou, au contraire, à une récédive. C'est vers la troisième semaine, au moment de la diminution de l'écoulement, comme pour les autres complications, qu'apparaît la méningo-myélite dans sa forme aiguë.

III. SYMPTOMATOLOGIE. — Le mot : « Il n'y a pas de maladies, mais des malades », est aussi vrai pour les méningo-myélites blennorrhagiques que pour toute autre affection. Elles présentent des points communs, mais aussi des divergences. La lésion médullaire varie dans son siège, sa gravité et ses

tendances à l'envahissement. Les symptômes varient de même, tantôt légers, tantôt graves, affectant la motilité dans certains cas, la sensibilité dans d'autres, le plus souvent sous la dépendance unique de la moelle lombaire, ou, au contraire, indiquant une participation évidente de tout l'axe médullaire.

Suivant l'évolution et le mode d'apparition de ces symptômes, on peut décrire deux formes de méningo-myélite blennorrhagique, l'une aiguë, l'autre subaiguë ou chronique. Nous nous bornerons à décrire la forme aiguë qui comprend le plus grand nombre de cas et que l'on peut considérer comme le type habituel et le moins discutable.

Au point de vue symptomatologique, cette forme est caractérisée par une sensation douloureuse au niveau du foyer de myélite, par des douleurs en ceintures, des fourmillements et des soubresauts musculaires dans les membres inférieurs, la perte rapide de la sensibilité, des troubles de la miction et de la défécation, et quelquefois par des troubles trophiques dont le plus important est l'eschare médiane du sacrum.

En somme, pour nous résumer, nous voyons que les symptômes de la forme aiguë sont ceux d'une myélite diffuse dorso-lombaire. A côté de ces cas de méningo-myélite dorso-lombaire qui constituent la majorité, il en est où l'analyse des symptômes permet de supposer que la lésion a porté sur une partie plus étendue des centres nerveux. Dans les cas de Stiénon et de Reimers, les symptômes du début ont été ceux d'une méningite cérébro-spinale, et c'est après l'atténuation des phénomènes cérébraux que les phénomènes spinaux se sont accusés.

Ce que l'on doit surtout retenir, après examen attentif des observations publiées, c'est que la blennorrhagie donne lieu, non à des myélites systématisées et chroniques (ataxie locomotrice, tabes dorsal spasmodique, sclérose des cornes antérieures), mais à des méningo-myélites diffuses, aiguës ou subaiguës, partielles ou généralisées.

Ce tableau clinique apporte encore un nouvel argument en faveur de l'origine infectieuse de ces complications médullaires. C'est, en effet, le propre des inflammations microbiennes de donner lieu à des lésions diffuses, témoin le rein, où les néphrites infectieuses sont toujours et constamment diffuses.

IV. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le nombre des autopsies est peu élevé, mais dans toutes on a trouvé des lésions macroscopiques évidentes portant, soit sur les méninges, soit sur la moelle elle-même. Du côté des méninges, on note de la congestion plus ou moins intense, et les lésions siègent surtout au niveau de l'arachnoïde. Accompagnant cette congestion, Barrié a trouvé une certaine quantité de liquide au-dessous de la dure-mère, particularité qui est également signalée dans l'observation de Stanley.

Dans le cas de Dufour, on trouvait une véritable fausse-membrane au niveau de l'arachnoïde, et il nous semble qu'on pouvait rapprocher de ce cas l'arachnitis spinale purulente citée par Pidoux.

Gull a trouvé la moelle ramollie jusqu'au milieu de la région dorsale, auquel point elle se laissait dissocier par la chute d'un filet d'eau, et cela, sans qu'il y eût trace d'ancienne lésion médullaire.

En somme, nous voyons qu'au point de vue anatomo-pathologique, les lésions portent surtout sur les méninges, mais qu'il existe, concurremment, des lésions de la substance propre de la moelle.

Dans le seul cas où l'examen bactériologique a pu être fait, les microbes n'ont été trouvés qu'au niveau des méninges, et il n'a pas été possible d'en trouver trace dans les tissus propres de la moelle.

L'axe médullaire, qui semblait constituer un territoire pathologique indépendant, rentre donc dans la règle commune.

Il n'a, pas plus que le poumon ou le rein, par exemple, l'immunité vis-à-vis des agents infectieux. Il est seulement moins souvent atteint : c'est là toute la différence.

V. PATHOGÉNIE. — L'existence des complications spinales de la blennorrhagie une fois établie, il devient nécessaire de les interpréter.

Trois théories sont en présence, et ont, chacune, leurs partisans.

1^{re} *Théorie de l'acte réflexe.* — L'opinion la plus ancienne est celle qui regarde la méningo-myélite blennorrhagique comme une paraplégie réflexe, d'origine urinaire, et c'est sous cette dénomination qu'ont été publiées les premières observations.

Ce n'est pas la blennorrhagie qui cause les accidents, mais bien l'urétrite, qui, comme toute inflammation, quelle qu'en soit la nature, siégeant en un point quelconque des voies urinaires, est capable d'agir par action réflexe sur la moelle.

Une autre théorie, soutenue par Charcot, Vulpian, et longtemps admise sans conteste, invoque également une action réflexe ; mais ce n'est plus un réflexe d'origine génitale ou urinaire. Ces auteurs assimilent les accidents spinaux se produisant dans le cours de la blennorrhagie à ceux qui se produisent à la suite d'une arthrite quelconque, quelle qu'en soit la cause.

En somme, ces théories tendent toutes, sinon à nier complètement l'infection blennorrhagique, du moins à lui refuser la possibilité d'atteindre d'emblée la moelle. La blennorrhagie n'agirait, en effet, que par l'intermédiaire de l'urétrite dans un cas, de l'arthrite dans l'autre.

Or, cet acte réflexe est impuissant à expliquer une paraplégie quelconque et les paraplégies blennorrhagiques en particulier.

2° *Théorie de l'infection pyohémique.* — On peut comprendre cette théorie de deux façons. Ou bien, l'on peut admettre que la méningo-myélite est consécutive à une phlébite dépendant elle-même d'une inflammation septique des reins et de la vessie (Gull, *Guy's Hospital Reports*, 1861); ou bien l'on peut dire que les accidents spinaux sont dus à l'action locale des streptocoques et des staphylocoques du pus (Holmes et Talamon).

Or, l'examen attentif des symptômes présentés par les malades doit faire rejeter l'hypothèse d'infection pyohémique.

3° *Théorie de la méningo-myélite spécifique.* — Avec les idées récentes qu'on a sur l'infection, les théories précédentes ne sauraient être défendues. En effet, on tend de plus en plus à considérer la blennorrhagie comme une maladie générale, pouvant, au même titre que la variole, la fièvre typhoïde, porter son action sur les différentes parties de l'organisme, et il n'est pas plus extraordinaire d'admettre la méningo-myélite blennorrhagique que l'arthrite, l'endocardite, l'épididymite, etc.

De puissants motifs militent, au contraire, en faveur de la théorie d'une méningo-myélite spécifique.

Ne voyons-nous pas, en effet, toutes les maladies infectieuses, toutes les maladies reconnues ou très fortement présumées microbiennes (érysipèle, choléra, fièvres éruptives, etc., etc.) s'accompagner de paralysies plus ou moins généralisées, plus ou moins curables? Et personne ne nie, dans ces cas-là, l'action nocive du bacille sur la moelle ou même directement sur les nerfs des malades porteurs de ces paralysies.

La preuve du caractère spécifique de ces paralysies résulte très nettement du fait qu'elles n'existent qu'au cours des maladies spécifiques. Pourquoi alors dévier ce caractère spé-

cifique aux complications spinales de la blennorrhagie dont l'agent infectieux a été découvert, cultivé et inoculé avec succès ? Du reste, c'est là l'opinion des derniers auteurs qui ont écrit sur ce sujet (Hayem et Parmentier, Chavier et Février, *Revue de médecine*, 1888).

A notre avis, c'est le gonocoque qui crée la manifestation médullaire, et c'est lui seul, en dehors de tout intermédiaire. Bien que l'on n'ait pas trouvé de *gonococci* dans la moelle épinière (n'oublions pas que le nombre des examens pratiqués d'une façon correcte est presque nul), c'est donc avec raison que Leyden affirmait récemment (1892) qu'il est impossible de douter de la nature blennorrhagique de certaines myélites. Il incline à penser que la véritable cause du développement de l'affection spinale réside très probablement dans le gonocoque lui-même.

Si l'agent infectieux n'intervient pas par lui-même, au moins le fait-il par les poisons solubles qu'il sécrète, ainsi qu'on le suppose depuis longtemps et qu'on vient de le démontrer dernièrement pour la diphtérie, poisons solubles plus ou moins toxiques et s'éliminant plus ou moins rapidement, suivant la nature du micro-organisme qui leur a donné naissance.

De toute manière, cette question, insoluble pour le moment, ne change rien au fait capital dont la démonstration s'est faite lentement, progressivement, et de par la clinique seule, à savoir que la blennorrhagie manifeste directement son action sur la moelle.

VI. DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la méningo-myélite blennorrhagique est facile ; il s'impose de lui-même au médecin convaincu de la possibilité de son existence. Quant à la variété de myélite, l'exacte connaissance de la physiologie de la moelle permettra facilement de la préciser.

CHAPITRE IV

Localisations cérébrales de la blennorrhagie

FOLIE BLENNORRHAGIQUE

I. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — Tous les jours, l'expérience et l'observation tendent à rendre plus étroits les rapports du physique et du moral, à démontrer l'influence de l'un sur l'autre. Mais si ces rapports, si cette influence ont été toujours admis, on a longtemps discuté sur leur nature intime.

Avec les doctrines nouvelles de l'infection et des intoxications, de nouveaux champs d'étude ont été ouverts et ont suscité de nombreux travaux ; et nul ne pourrait soutenir qu'elles n'ont été d'aucun secours à la psychiatrie et qu'elles n'ont pas contribué, dans une large mesure, aux progrès de la clinique des affections mentales.

Tout le monde reconnaît, aujourd'hui, l'action nocive que les maladies infectieuses et toxiques exercent directement sur l'organe cérébral dans la production de la folie, et Woillez les place au premier rang parmi les causes occasionnelles.

« L'homme est, en effet, un réceptacle et un laboratoire de poisons ; et le cerveau humain doit être accessible aux règles et aux lois de la pathologie générale (Bouchard). »

La blennorrhagie est une de ces affections microbiennes dont, jusqu'ici, les rapports avec la folie n'avaient pas été établis par l'observation clinique, bien qu'il soit depuis longtemps démontré que ce n'est pas une affection purement locale, puisqu'elle engendre une forme spéciale de rhumatisme, le

rhumatisme blennorrhagique, et que le gonocoque de Neisser a été décelé dans le sang des individus atteints de cette complication. Il y a mieux, le docteur Engel Reimers, en 1890, a cru pouvoir ranger, avec observations à l'appui, la blennorrhagie parmi les affections capables de déterminer la polynévrite. Si, vraiment, la blennorrhagie peut entraîner des lésions aussi graves du côté du système nerveux périphérique (et nous l'avons suffisamment montré dans notre observation I), il n'y a pas de raison pour qu'elle ne provoque pas des altérations cérébrales, soit fonctionnelles, soit organiques, ayant pour conséquence le délire et la folie ; et l'apparition, presque simultanée, de deux travaux ayant pour but de le démontrer n'est pas faite pour étonner.

De ces deux mémoires, l'un, intitulé : *Psicopatia blennorrhagica*, est du professeur Silvio Venturi, directeur du Manicomio de Girifalco, et a été publié dans les n^{os} 95-96 d'avril 1894 de la *Riforma medica Napoli* ; l'autre est du docteur Cullerre et a paru dans le numéro du 1^{er} mai 1894 de la *Vendée médicale*, sous le titre : *Note sur la folie infectieuse d'origine blennorrhagique*. — Depuis, le professeur Venturi a fait paraître, sur la même question, en septembre-octobre 1895, un autre mémoire intitulé : *Folie blennorrhagique et pyophrénies*.

Le professeur Venturi ayant observé, il y a quelques années, qu'un certain nombre d'individus atteints d'hébéphrénie étaient blennorrhagiques au moment de l'invasion de la folie, porta son attention de ce côté et ne tarda pas à se convaincre qu'il ne s'agissait pas d'une simple coïncidence, mais qu'une relation de cause à effet existait réellement entre l'affection vénérienne et la maladie mentale. Dès lors, il observa plus attentivement les faits et se mit à recueillir des observations. De 1888 à 1894, l'asile de Girifalco reçut 22 hébéphréniques des deux sexes. Sur ce nombre, 12, dont 7 jeunes

gens et 5 filles ou femmes, présentaient, depuis quelques mois ou quelques semaines, un écoulement purulent, urétral ou vaginal, de nature blennorrhagique, au moment de l'invasion de la maladie mentale. Dans sa clientèle privée, l'auteur, pendant le même temps, observa 5 hébéphréniques atteints de blennorrhagie sur un nombre double environ d'aliénés de cette catégorie.

Tous étaient atteints pour la première fois d'une maladie vénérienne et aucun d'eux n'avait dépassé l'âge de vingt-cinq ans. Tous, sauf un qui était en même temps épileptique, ont guéri de la maladie mentale dans un délai de quatre à huit mois. C'est là un fait important, si l'on veut bien observer que l'hébéphrénie se termine souvent par la démence. L'hébéphrénie récidive souvent. Autre fait digne de remarque : chez aucun de ses malades, le docteur Venturi n'a observé de rechute. Aussi se croit-il autorisé à conclure, tant de sa statistique que des faits qui précèdent, qu'il y a lieu d'admettre un rapport de causalité entre la blennorrhagie et la psychopathie des adolescents.

Dans la plupart des cas, la blennorrhagie a précédé l'invasion de la folie de cinq ou six mois ; dans quelques autres, d'un peu plus d'un mois seulement ; dans tous, elle persistait encore au moment même de l'explosion des accidents intellectuels. Aucun des malades n'a guéri des troubles cérébraux avant de l'être de l'écoulement spécifique, et la cure de ce dernier a précédé, de quelques semaines à deux ou trois mois, la guérison de la maladie mentale.

Ce terme d'hébéphrénie ne répond à aucun terme français équivalent et il déborde de beaucoup le champ de ce que nous appelons folie de la puberté. Par hébéphrénie, le docteur Venturi entend, en effet, « presque tous les cas de folie qui, développés chez des jeunes gens de dix-sept à vingt-trois ans, ne relèvent d'aucune cause pathologique connue ni d'aucune

prédisposition, telles que neurasthénie, dégénérescence héréditaire, maladie infectieuse, traumatisme ou intoxication. » Et de fait, chez aucun de ses malades (sauf l'épileptique), il ne relève d'antécédents de famille suspects.

Telles sont, en substance, les considérations dont le docteur Venturi fait précéder le résumé sommaire de ses douze observations qui contribuent, dans une large mesure, à démontrer l'existence d'un rapport réel entre l'infection blennorrhagique et la folie.

Depuis le mois d'avril 1894, où il publia son étude sur la folie blennorrhagique, son attention a été vivement portée sur les faits nouveaux, qui ont pu se présenter à son observation, de folie dans ses rapports avec la blennorrhagie; et il a rencontré un certain nombre de cas nouveaux qui viennent à l'appui de son idée sur les rapports pathogéniques existant entre la folie et les écoulements purulents des voies génito-urinaires, de nature spécifique.

Ces nouveaux cas sont publiés dans son second Mémoire de septembre-octobre 1895.

II. FORME DE L'ALIÉNATION. — Les maladies aiguës infectieuses fournissent un certain nombre de cas d'aliénation. Existe-t-il une forme spéciale de folie dans ce cas? Non; la forme, comme l'intensité du délire, est très variable. Depuis les conceptions délirantes les moins étendues, depuis l'idée fixe isolée jusqu'à la folie véritable sous ses formes les plus diverses, on peut monter tous les degrés de l'échelle.

La forme clinique de l'hébéphrénie, c'est-à-dire de la folie consécutive à l'infection blennorrhagique, est le plus souvent, d'après le professeur Venturi, la stupidité et parfois la manie avec ou sans fureur. Ajoutons cependant que, d'après les observations qu'il a publiées, cette manie s'accompagne

d'hallucinations et d'un trouble profond de l'idéation; ce qui est hautement significatif et tout en faveur de son hypothèse. On sait, en effet, que la confusion mentale, avec ou sans stupeur, accompagnée ou non d'hallucinations et d'agitation, est le type de la folie infectieuse, d'après les travaux les plus récents.

Le docteur Christian, Thore, Delasiauve, Weber, Nasse, tous signalent la manie et la stupeur comme étant les formes les plus fréquentes, mais on peut voir aussi l'agitation alterner avec la stupeur ou avec le délire hypochondriaque; parfois le délire maniaque est violent, accompagné d'une grande agitation, d'hallucinations de la vue et de l'ouïe; enfin ces malades peuvent offrir un singulier mélange d'agitation hallucinatoire et de torpeur intellectuelle avec prostration.

Toutefois, il se présente des cas où les psychoses sont variables dans leurs symptômes, et cette variabilité de la symptomatologie correspond vraisemblablement à la variété des circonstances étiologiques. Il est un facteur, comme nous le verrons bientôt, qui joue un grand rôle sur la forme et la nature du délire, c'est l'influence des antécédents du malade au point de vue personnel et surtout héréditaire, influence que Kroepelin et Savage ont signalée et regardent, avec juste raison, comme capitale.

III. ÉTIOLOGIE. — La question étiologique présente dans la blennorrhagie, comme dans les maladies infectieuses, un intérêt incontestable.

Il s'agit de montrer dans quelles circonstances et chez quels individus, des psychoses se développent; de savoir si, dans ces cas, il y a eu une simple coïncidence entre la blennorrhagie et la folie, ou, au contraire, une relation de cause à effet.

Mais il y a des degrés dans les causes. En psychiâtrie, on

enseigne, en effet, que l'influence d'une cause peut être très variable, au point de vue de la part qu'elle a pu prendre dans le développement d'une psychopathie.

Tantôt le terrain est tout préparé ; l'aliénation mentale est à l'état latent et la maladie est le coup de fouet qui détermine l'explosion des troubles intellectuels.

Ailleurs, il faut lui reconnaître une influence plus grande ; elle n'a plus été qu'une simple cause occasionnelle, elle a joué un rôle plus accusé ; elle est devenue en quelque sorte, une cause adjuvante qui, pour l'épanouissement de la folie, a fourni un terrain plus propice.

Il reste encore un degré dans lequel la folie semble créée de toutes pièces par la maladie qui, dès lors, jouerait un rôle bien plus considérable et deviendrait essentiellement cause primordiale, efficiente, pathogène.

C'est là que réside l'importance du problème à résoudre. La blennorrhagie, à elle seule, est-elle capable de créer, de toutes pièces, une psychose ? Existe-t-il, en réalité, une folie blennorrhagique ?

Nous pensons, comme les auteurs précédemment cités, que la blennorrhagie peut avoir un véritable rôle pathogénique dans le développement de la folie, et qu'il existe une vésanie spéciale que l'on peut appeler folie blennorrhagique, de même qu'il existe une folie puerpérale, une folie grippale. •

Cependant on doit compter avec la prédisposition héréditaire, et lorsque, par exemple, on constate une évolution prématurée de l'affection mentale vers la démence, on doit croire que l'hérédité n'y est pas étrangère. Or, nous trouvons que le docteur Venturi n'en tient pas un assez grand compte. Nous sommes d'avis que les doctrines nouvelles, tout admirables qu'elles soient, ne doivent pas faire table rase des notions antérieurement acquises et aussi solidement établies que celle de l'hérédité dans la genèse des maladies mentales.

L'hérédité existe et, souveraine impitoyable, elle domine et

résume presque toute la pathogénie des troubles intellectuels. Elle a été recherchée, suivie, prouvée dans les maladies les plus diverses, et l'on pourrait dire qu'il n'est pas un seul département du territoire pathologique où l'on n'ait décelé sa trace et retrouvé l'empreinte de son pied puissant.

« Quelle que soit l'intensité, dit Morel, et même la spécificité des causes, il est un fait capital qu'il ne faut pas perdre de vue, soit que l'on étudie les causes dans leur action prédisposante générale ou dans leur action prédisposante individuelle ; ce point, c'est l'hérédité. On peut dire que l'hérédité jouit d'un double privilège : tantôt l'hérédité est une cause prédisposante, en ce sens que les individus qui portent en eux-mêmes le germe des transmissions de mauvaise nature sont plus aptes à contracter telle ou telle affection mentale, et cela sous l'influence des causes les plus insignifiantes ; tantôt l'hérédité est une cause déterminante, en ce sens que les individus sont frappés congénitalement d'un état maladif qui les classe irrévocablement dans la catégorie des dégénérés de l'espèce humaine. »

Nous pensons donc que l'influence de la blennorrhagie peut être variable dans le développement de l'aliénation mentale : elle peut être cause occasionnelle chez des héréditaires ; cause déterminante, adjuvante, chez des prédisposés, chez des sujets qui, par hérédité ou maladies antérieures, ont ce qu'on peut appeler une faiblesse cérébrale ; mais cette influence peut aller au delà, engendrer une vésanie de toutes pièces, être considérée enfin comme une cause fondamentale, pathogène.

IV. PRONOSTIC.— En général, le pronostic peut être regardé comme favorable dans les psychoses survenant après une blennorrhagie ; toutefois, il est dès maintenant une distinction importante à faire pour les psychoses dans lesquelles la blennorrhagie n'a été que la cause occasionnelle.

A la période de début, le pronostic est généralement favorable. Pendant la convalescence, au contraire, il dépend des circonstances spéciales, individuelles, dans lesquelles se trouve le malade ; il est subordonné à l'état antérieur du cerveau. Ne se trouve-t-on en présence d'aucune tare ? La guérison surviendra, dans un temps variable, il est vrai, mais qui habituellement sera de courte durée. Mais si la blennorrhagie n'a été que la cause occasionnelle, si le sujet est un héréditaire ou un prédisposé, le pronostic doit reposer sur ces conditions diverses et être établi sur les mêmes bases que si l'aliénation mentale était survenue en dehors de la maladie aiguë. Il faut alors juger d'après la forme de la psychose qui pourra, dès lors, passer à la chronicité et même à l'incurabilité.

Il ne serait pas, non plus, rationnel de croire à la possibilité d'une rechute chez des gens qui, pour délirer une première fois, avaient certainement montré des dispositions particulières, innées ou acquises.

V. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le docteur Venturi n'a constaté de complication du côté des séreuses articulaires ou splanchniques que chez un de ses malades. Et pourtant, tous les syphiligraphes admettent la prédilection du gonocoque de Neisser pour les séreuses. Pourquoi, bien qu'on n'en ait pas encore cité d'exemple, n'y aurait-il pas aussi des processus méningitiques de même nature ? C'est pourquoi, bien qu'il ne puisse appuyer son opinion sur aucune nécropsie, le docteur Venturi exprime l'opinion que la folie blennorrhagique est le résultat d'une arachnoïdite avec épanchement séreux. Selon lui, le mode d'invasion de la folie, sa marche progressivement ascendante, suivie d'un déclin lent et régulier jusqu'à complète guérison, donne clairement l'idée d'une maladie à décours cyclique et concorde parfaitement avec la manière progressive et graduée dont s'accumule et disparaît la sérosité dans une

cavité articulaire. Ce fait rendrait donc très vraisemblable l'existence d'un genre de folie cyclique en rapport avec l'évolution d'un épanchement séreux dans les régions sous-arachnoïdiennes.

La condition anatomo-pathologique du trouble mental pourrait donc être, avec toute probabilité, un écoulement séreux sous-arachnoïdien, par analogie avec ce qui se passe dans la blennorrhagie, lorsqu'elle atteint les articulations, le péricarde, l'endocarde, la plèvre, le péritoine et même la méninge des nerfs.

La clinique a non seulement ses droits dans l'appréciation des conditions anatomo-pathologiques des maladies, mais encore le virus blennorrhagique ayant l'habitude d'attaquer d'autres parties de l'organisme et uniquement celles qui sont le siège de membranes séreuses, l'analogie légitime le diagnostic présumé, jusqu'à ce que des faits contraires viennent le démentir.

On pourrait supposer que l'hypothèse d'un épanchement séreux sous-arachnoïdien ne peut être acceptée qu'avec réserve, et que la moindre des conséquences d'un tel fait serait une déchéance irrémédiable de l'organe cérébral et la démence. Mais on sait combien de fois des épanchements sous-méningés ont guéri, laissant l'organe et les fonctions absolument sains. Il n'est aucun auteur qui nie la possibilité de guérisons plus ou moins fréquentes de méningites infectieuses aiguës avec épanchement séreux.

Observation II

(RÉSUMÉE)

(Prise dans le mémoire du docteur CULLERRE)

Dans cette observation, il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, mariée, mère de deux enfants, ayant la réputation d'aimer la fête et

de se livrer à la galanterie, ne présentant pas d'antécédents héréditaires ou personnels bien marqués, qui, sans cause connue, au dire du mari, tomba peu à peu dans un état de stupeur panophobique. A la panophobie succéda un hébètement profond avec embarras de la parole, idées vagues de richesses, puis de négation, tremblements irréguliers des membres et congestion cérébrale s'accompagnant de rougeurs de la face, de dilatation des pupilles, d'embarras gastrique et d'accélération du pouls.

Un mois et demi après l'invasion des accidents, le mieux se manifestait, et, en trois semaines, elle passait d'un état pseudo-déméntiel profond à une restauration complète des fonctions intellectuelles normales. La malade ne se souvenait de rien de ce qui s'était passé pendant la période aiguë de sa maladie. A force de l'interroger pour tâcher de découvrir l'origine d'une affection mentale aussi singulière, nous apprenons qu'elle était traitée, avant l'explosion des accidents psychiques, pour une inflammation des voies génitales. Un examen au spéculum permet de constater l'existence d'une vaginite blennorrhagique en voie d'amélioration.

Il s'agit évidemment, dans cette observation, d'un de ces cas de stupidité avec confusion hallucinatoire des idées et symptômes de méningo-encéphalite, comme on en a signalé un certain nombre de cas à la suite de l'influenza pendant ces dernières années, comme on en observe à la suite des maladies infectieuses aiguës (fièvre typhoïde, pneumonie, fièvre puerpérale, variole, etc). Rien n'y manque, pas même les idées absurdes de satisfaction et de richesse. C'est la psychose infectieuse par excellence, aujourd'hui admise par presque tous les manigraphes. Cette femme n'ayant subi d'autre infection que celle que peut produire le virus blennorrhagique, la conclusion nous a paru s'imposer.

Le pronostic de cette forme psychopathique est ordinairement favorable. Nous voyons qu'en effet cette malade, qu'on aurait pu croire atteinte de paralysie générale au début, a radicalement guéri dans un délai assez court. Ajoutons que,

depuis huit ans, la guérison ne s'est pas démentie, ce qui vient encore à l'appui de notre hypothèse.

Observation III

(RÉSUMÉE)

(Prise dans le Mémoire du docteur CULLERRE)

Cette observation est un peu différente de la précédente et se rapproche plutôt, cliniquement, des cas que rapporte le professeur Venturi dans son Mémoire.

Une forte fille de vingt-cinq à vingt-six ans, à antécédents héréditaires certains, se disant domestique, mais en réalité adonnée à la prostitution, six mois avant son admission à l'asile, se jette d'un deuxième étage dans la rue, en proie à un accès de panopobie. Depuis cette époque, le trouble des idées n'a fait qu'augmenter. Elle est revenue chez sa mère, où elle s'est livrée aussitôt à des excentricités de tous genres, courant en chemise dans les rues, provoquant les hommes et se livrant à tous ceux qui voulaient d'elle.

A son entrée, elle est dans une sorte de demi-stupeur : air hébété, regard vague et fuyant, ne répondant que quand on lui parle ; elle se déshabille, se met nue, refuse de se coucher ; par moments elle pleure, manifeste des idées tristes ; elle pleure parce qu'elle ne peut pas porter des fleurs sur la tombe de son père. On nous signale un écoulement vaginal ; l'examen au spéculum nous permet de constater une vaginite blennorrhagique intense.

Sous l'influence d'un traitement approprié, la vaginite ne tarde pas à guérir ; mais l'état mental, contrairement à ce qui s'est passé dans les observations du docteur Venturi, n'a subi aucune modification favorable, et aujourd'hui, après plus de deux ans de maladie, cette fille est dans un état d'abrutissement avec confusion totale des idées et alternatives d'agitation et de stupeur, qui semble indiquer l'invasion de la démence.

Ce cas n'est peut-être pas aussi net que le précédent, puisque nous n'avons pas de preuve certaine que la vaginite spécifique existait avant l'explosion de la folie ; cependant, cette hypothèse paraît très probable, si l'on tient compte des

tendances nymphomaniaques constatées chez la malade avant son entrée à l'asile, tendances liées de toute évidence à l'irritation des parties sexuelles par un écoulement tellement copieux des liquides purulents, qu'il nous était signalé le lendemain même de son admission, la mère ayant passé ce détail sous silence.

L'influence étiologique de l'infection blennorrhagique nous a paru plausible dans ces deux cas. Les symptômes psychiques qui ont débuté par une phase hallucinatoire pour continuer par la stupeur entrecoupée de réactions, tantôt maniaques, tantôt de nature mélancolique, sont encore de ceux que l'on observe dans les autres folies infectieuses.

Observation IV

(PERSONNELLE)

Thérèse V..., âgée de vingt-six ans, entre, le 1^{er} décembre 1894, à l'asile de Montdevergues (Vaucluse).

D'après le certificat médical, cette jeune fille serait en proie, depuis trois semaines, à la plus vive surexcitation, menaçant et frappant les personnes de son entourage. Le jour et la nuit, elle aurait des propos incohérents, croyant tenir des secrets et des dons de la Vierge, et prétendant avoir été guérie par elle d'une métrite. Ses discours ne seraient pas toujours convenables, etc.

A son entrée à l'asile, elle venait de l'hôpital de M..., où elle était restée un mois et où elle aurait été traitée pour des rhumatismes et un grand mal au ventre (métrite). Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle avait présenté des symptômes cérébraux et qu'on avait dû lui couper les cheveux pour lui frictionner la tête avec de l'huile de croton tiglium.

On ne sait rien sur ses antécédents héréditaires ; la mère et le père sont en vie et se portent bien. Une de ses sœurs avait eu une conduite assez irrégulière et s'était suicidée.

Comme antécédents personnels, la malade n'aurait jamais eu de crises de nerfs. Régée à quinze ans, elle avait eu une menstruation

régulière jusqu'au moment de sa maladie. Quant aux causes occasionnelles de son affection mentale, la malade ne veut pas les indiquer. Elle répond que ce sont « des bêtises ». Cependant, nous savons que sa conduite n'avait pas été très régulière ; elle voulait se marier avec un jeune homme plus jeune qu'elle, et ce dernier, après l'avoir longtemps courtisée, l'avait délaissée pour en épouser une autre. Une nuit, elle eut des apparitions : elle avait été frappée par un gros miracle, et Dieu lui avait parlé ; car elle était morte, dit-elle, et Dieu l'avait ressuscitée. Elle voulut alors se convertir, prit une lampe et serait allée chercher le curé, si on ne l'avait empêchée de mettre ce projet à exécution. Depuis, elle crut voir la Vierge dans sa chambre, debout sur la cheminée, et elle se mit sous sa protection.

Les hallucinations de la vue et de l'ouïe devinrent de plus en plus fréquentes chez elle. Tantôt c'était Dieu et la Vierge qu'elle croyait voir et entendre lui parler ; tantôt c'était le diable et une vieille sorcière qui allaient la voir au lit et lui déplaçaient les yeux et la bouche, etc.

Ces hallucinations n'avaient lieu que pendant la nuit. Enfin, depuis cette époque, elle avait changé de conduite, allait à la messe et voulait même se retirer dans un couvent pour expier ses fautes.

Depuis son entrée à l'asile, elle ne cherche qu'à tracasser les autres malades ; elle va et vient toute la journée ; elle ne peut s'occuper, et, si elle prend un ouvrage, c'est pour le laisser aussitôt et recommencer ses promenades. La nuit, elle ne dort pas ; elle crie, chante, et se promène dans le dortoir. Elle prétend ne pouvoir dormir parce qu'on lui souffle continuellement dans les oreilles. Elle parle seule et répond aux voix qui lui parlent.

Dans la journée, elle parle souvent seule, rit, pleure, se déshabille et ne peut rester une minute tranquille et assise à la même place. Lorsqu'on l'interroge, elle répond assez bien, mais on constate une grande incohérence dans sa conversation ; elle passe d'une idée à une autre sans transition. Cependant, elle semble, parfois, se soustraire volontairement à certaines questions gênantes qu'on lui adresse.

Bref, elle est toujours dans le même état d'excitation maniaque, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, et parfois idées de tristesse.

Dans le courant de janvier, sa mère, que nous interrogeons longuement, nous apprend que la malade avait un écoulement avant son entrée à l'asile. Un examen au spéculum nous permet, en effet, de con-

stater l'existence d'une métrite légère avec vaginite intense et nous trouvons des gonocoques dans le pus. Un traitement approprié fait disparaître assez rapidement l'écoulement.

Depuis lors, la malade va de mieux en mieux ; elle devient plus raisonnable et se met à travailler ; ses nuits sont plus calmes et ses hallucinations disparaissent progressivement ; elle se rend bien compte de son état et nous avoue, un jour, qu'elle avait eu « un secret » avec un jeune homme. Ce secret signifie pour nous des rapports sexuels. Enfin elle sort de l'asile, le 13 avril 1895, complètement guérie, et rentre dans sa famille.

Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie.

Nous croyons que c'est là un type bien net de folie blennorrhagique. L'âge peu avancé de la malade, l'absence d'antécédents héréditaires, cet écoulement spécifique qui précède de très près la maladie mentale, qui persiste encore au moment même de l'explosion des troubles intellectuels, qui provoque, pendant son évolution, des rhumatismes blennorrhagiques et dont la disparition est suivie, à brève échéance, d'un retour complet des fonctions intellectuelles, cette absence de rechute, cette influence si nette du traitement spécifique toute cette symptomatologie si nette ne nous permet-elle pas de voir et d'admettre un rapport de causalité entre la blennorrhagie et cette psychopathie ?

Il faut donc rapporter le tout à l'intoxication première, seule et unique cause. Il faut faire rentrer les accidents cérébraux dans le cadre de l'évolution de cette intoxication d'où il est d'autant plus fâcheux de les arracher, que, de cette considération seule, peuvent dériver un pronostic et un traitement dont le malade puisse bénéficier.

Observation V

(Prise dans le premier Mémoire du docteur VENTURI)

L. D. P., âgé de vingt ans, de Catanzaro, étudiant de troisième liceale, de famille aisée, est un jeune homme d'une intelligence

moyenne, docile, bon, et sans prédispositions notables ; il avait toujours eu une bonne santé, lorsqu'il fut atteint, dans l'espace de quinze jours, d'une maladie de stupeur, qui, ayant commencé d'une façon insensible et sans cause appréciable, le réduisit dans l'espace d'un mois à l'apathie la plus complète et à l'inconscience ; la sensibilité générale était diminuée, les réflexes cutanés abdominaux augmentés ; refus des aliments, parfois des vomissements, souvent incontinence d'urine et de matières fécales, pupilles dilatées, température normale. On découvrit chez lui une légère affection blennorrhagique, ignorée de la famille, et qui guérit grâce à l'application du traitement anti-blennorrhagique. Un mois après, c'est-à-dire quatre mois après le commencement de la maladie, le malade marche vers la guérison de sa stupeur, guérison qui va toujours en s'affermissant ; et l'individu regagne, par degrés, sa complète intelligence, environ huit mois après le début de son affection mentale.

Pendant la convalescence, on observa quelques oscillations dans l'intensité de la maladie, de même que quelques désordres mentaux causés par la diète, ou un reproche, ou une fatigue musculaire, toutes choses qui avivaient légèrement, et pour quelques jours, l'état de stupeur restant et arrêtaient, momentanément, la marche vers la guérison.

A peine guéri, le malade nous raconta, lui-même, la marche de la blennorrhagie qu'il avait contractée, et cela jusqu'à trois mois environ avant le début de la maladie mentale ; il nous avoua qu'il n'avait pu se soigner parce que, dans le collège où il se trouvait, il n'en avait pas eu les moyens. Il nous dit, en outre, qu'il ne s'était pas inquiété de sa blennorrhagie, une telle maladie étant considérée par ses camarades comme un acte d'héroïsme.

Observation VI

N. N., également étudiant de troisième liceale, âgé de vingt ans, affecté d'un écoulement vénérien intense depuis quatre mois, et qui n'avait pas été traité, fut atteint d'une affection mentale à forme de stupeur, qui, graduellement, de légère qu'elle était, devint très intense un mois après et s'accompagna d'un état de stupeur considérable avec hallucinations terrifiantes, anesthésie cutanée généralisée et périodes de catalepsie. Il eut même des impulsions au suicide. Refus des ali-

ments et répétition monotone de paroles dénuées de tout sens. L'affection mentale dura un an, et l'écoulement vénérien ne fut jamais soigné, les médecins traitants n'y ayant accordé aucune importance. Quand il guérit de sa psychopathie, la blennorrhagie était déjà guérie complètement depuis deux mois. Le malade n'avait aucune prédisposition héréditaire ; et aucune autre cause connue ne pouvait être invoquée pour avoir déterminé sa folie, en dehors de sa blennorrhagie.

Observation VII

P. F., de Girifaleo, âgé de vingt ans, tailleur, est atteint subitement d'une affection mentale, qui, en peu de jours, revêt les caractères de la stupeur avec idées de suicide. Un jour, menacé, il se jeta dans une chaudière d'eau bouillante ; pendant son état de stupeur, il pleurait parfois et semblait avoir conscience de son état ; la sensibilité cutanée était diminuée et les réflexes abdominaux augmentés. Il avait un écoulement urétral vénérien qui datait depuis trois mois, avant le début de sa psychopathie ; il est bien soigné de son écoulement, et quinze jours après, il marche vers la guérison de son affection mentale, guérison qui s'accomplit rapidement. Aucun antécédent héréditaire.

Observation VIII

C. R..., âgé de vingt ans, vagabond, abandonné de ses parents depuis son enfance, fut admis à l'asile comme domestique. Il était sain et fort, mangeait beaucoup, et, sauf qu'il était un peu vicieux, il était docile et intelligent. Il quitta le service de l'asile pour chercher une place plus lucrative, et entra, à Catanzaro, au service d'une famille riche. Un jour, comme il servait à table, et sans qu'aucun membre de la famille eût remarqué, antérieurement, la moindre étrangeté dans sa conduite, il se mit à gesticuler et donna des signes de folie. Dans la nuit, cela devint de la fureur. Conduit de suite à l'asile, il resta pendant cinq jours dans un état de fureur maniaque, cinq autres jours dans un état d'agitation plus légère, et quinze jours après, il était complètement guéri.

Aucune tare névropathique. Pendant la maladie mentale, il eut un fort écoulement vénérien qui fut soigné, à l'asile, pendant la période

de la diminution de l'agitation maniaque, c'est-à-dire du cinquième au dixième jour de l'affection mentale. L'écoulement datait d'un mois avant l'affection mentale. Cette dernière, qui, du reste, avait diminué d'intensité avant le traitement de la blennorrhagie, guérit cependant en même temps que la blennorrhagie ou à peu près en même temps.

Observation IX

N. N..., âgé de dix-neuf ans, de bonne famille, sans antécédents héréditaires, étudiant en droit à l'Université, intelligent, docile, toujours tenu sous la surveillance de ses parents, fait une escapade et se gagne un écoulement vénérien. Il ne peut se soigner à cause de sa famille, et, d'ailleurs, ne s'en préoccupe pas. Six mois après, il tombe dans un état psychopathique maniaque, caractérisé par des mouvements choréiformes et des impulsions au suicide, du dégoût pour les aliments et de l'insomnie. Il est enfermé dans une maison de santé ; plusieurs médecins le virent et portèrent un mauvais pronostic. A noter qu'il avait un pouls petit et des battements cardiaques faibles, avec de fréquentes intermittences cardiaques. Je constatai, lors d'une de mes visites (au sixième mois de la maladie), des restes d'un épanchement péricardique. Huit mois après, le malade guérit, et la guérison mentale se produisit deux mois après la guérison spontanée de l'écoulement vénérien.

Observation X

C. A..., de la province de Caserte, est atteint de stupeur avec hallucinations intenses de l'ouïe et de la vue, et de nature terrifiante. La maladie mentale se déroule graduellement et guérit graduellement aussi six mois après. Pendant l'affection mentale, l'infirmier s'était aperçu de l'existence d'un écoulement urétral. Celui-ci fut vite guéri ; et bien que la maladie mentale fût à l'apogée de son intensité, la guérison commença brusquement huit jours après la cessation de l'écoulement, et devint complète dans l'espace d'un mois. Le malade, une fois guéri, ne se souvint pas depuis combien de temps il avait son écoulement vénérien.

Observation XI

M. M. est une femme de bonne famille, mariée à un jeune homme qui menait belle vie. Elle tombe malade et présente des prodromes de stupeur profonde qui durent environ trois mois ; puis, elle tombe dans un état d'apathie complète, avec dégoût des aliments, insensibilité générale, etc. Elle est conduite à l'asile, et il se trouve qu'elle a un abondant écoulement purulent du vagin, sans participation notable de l'utérus. On institue le traitement de cette affection vaginale, avec des injections et des lavages de sublimé et d'acide borique; huit jours après, le vagin est complètement guéri et la malade sort de son état de stupeur, et graduellement, dans l'espace d'un mois, reconquiert la parfaite santé de son esprit. Une fois guérie, elle nous dit qu'elle avait l'écoulement purulent, un mois avant sa folie. Pendant la convalescence de la psychopathie, la malade avait eu des mouvements convulsifs de la tête que l'on soigna avec de l'atropine et qui cessèrent un mois après.

Observation XII

L. R., femme de chambre, est prise, brusquement, d'une agitation maniaque avec hallucinations. Ses parents attribuent cette affection à des chagrins d'amour. Elle est conduite à l'asile, et deux mois après son entrée, l'état maniaque cesse, ce qui donne à la famille l'idée de la retirer, à titre d'essai. Elle revient à l'asile, huit jours après, plus agitée que la première fois ; et il se produit en elle un état maniaque plus intense, avec loquacité, insomnie et dégoût des aliments. On lui trouve un écoulement vaginal purulent. Et cependant elle n'est pas déflorée ; mais il paraît que des contacts superficiels l'ont infectée. La station au lit lui procure des eschares profondes. Elle est soignée de ses plaies et de son écoulement vaginal, avec des lavages antiseptiques et par l'usage interne de balsamiques. Elle guérit peu à peu de son affection mentale, six mois après la récidive de sa psychopathie et quelques mois après la guérison de son écoulement purulent vénérien. Interrogée sur l'origine de son écoulement, elle refuse de répondre.

Observation XIII

M. P., âgée de dix-sept ans, est atteinte de stupeur, en avril, sans aucune prédisposition héréditaire. Elle est conduite à l'asile deux mois après le début de son affection mentale. On trouve chez elle un abondant écoulement vaginal muco-purulent, avec déchirure de l'hymen. Elle avoua à une autre malade qu'elle avait été violentée, un jour, par un homme dont elle ne veut pas dévoiler le nom. Ceci s'était passé un mois avant le début de la psychopathie. Elle avait été traitée par des lavages antiseptiques, mais ceux-ci avaient été faits incomplètement, étant données les conditions de la localité habitée par la malade, c'est pour ce motif que l'écoulement dura plus longtemps. Elle guérit de son affection mentale, six mois après son entrée à l'asile, et depuis deux mois déjà, avant sa guérison mentale, on ne remarquait aucune perte vaginale.

Observation XIV

S. R. . . ., jeune fille de vingt-cinq ans, arrive à l'asile dans un état d'agitation maniaque intense, avec une grande pâleur de la face, de l'insomnie, du dégoût pour les aliments, une inconscience complète et du désordre de l'idéation. Elle était malade depuis quelques mois. On découvre chez elle un écoulement vaginal purulent avec déchirure de l'hymen. Au début de sa psychopathie, on remarqua, chez elle, un étrange perversissement du sentiment sexuel, qui avait été cause qu'elle était devenue amoureuse de son frère. C'est pour cela qu'elle avait été éloignée de sa famille et conduite à l'asile. Elle fut soignée de son écoulement vaginal par des lavages antiseptiques ; et quelle ne fut pas notre surprise de la voir guérie de son affection maniaque, quelques semaines après.

Observation XV

B. B. . . est atteinte de manie avec hallucinations et impulsions au suicide, depuis un an déjà. Elle s'était portée à des violences sur un

de ses fils. Pendant son séjour à l'asile, elle avait des alternatives de calme et d'agitation. On apprit qu'elle avait un écoulement vaginal vénérien, qui lui avait été donné par son amant, deux ou trois mois avant l'éclosion de sa folie. Elle fut guérie de cette folie deux ou trois mois après, parce qu'elle fut guérie de son écoulement vaginal.

Observation XVI

G. G... est venu à l'asile en 1889, et d'ailleurs il s'y trouve encore. Il fut atteint de stupeur avec hallucinations à l'âge de dix-sept ans, pendant qu'il faisait son éducation dans un Institut de musique. Pendant les premières années de son affection mentale, il tenta de se suicider et se porta à des violences sur d'autres. La famille ne sut pas s'expliquer la cause de cette psychopathie. Or, il se trouva qu'il était atteint d'un écoulement purulent urétral datant de six mois avant l'éclosion de la folie. Il avait eu cependant, à une époque antérieure, une crise convulsive. Dans la famille, il y avait de plus une petite tare héréditaire. Guéri de son écoulement urétral, il guérissait un mois après de sa psychopathie. Cependant, deux mois après cette guérison, il récidiva, sans répétition de l'écoulement ; et, aujourd'hui, la maladie mentale faisant des progrès rapides, il est tombé en démence.

Observation XVII

(Prise dans le second Mémoire du docteur VENTURI)

C... (François), de Catanzaro, garçon d'hôtel, âgé de trente-huit ans. Ni alcoolique, ni syphilitique. Un de ses cousins, du côté maternel, est mort à l'asile.

C... est un homme actif, intelligent, tranquille. Sa femme raconte, qu'il y a cinq ans, il eut une chaudepisse qui guérit au bout de cinq mois. Pendant cette maladie, il se plaignit de confusion et de tintamarre dans la tête, qui l'obligèrent à abandonner tout travail. Ce trouble augmenta encore, même après la guérison apparente de la chaudepisse, et dura un an encore ; puis amélioration des désordres nerveux et reprise du travail. Mais, il y a trois ans,

l'écoulement se reproduisit soit spontanément, soit par une nouvelle infection. Peu de jours après, C... donna des signes de folie, qui ne se dissipèrent plus, et, il y a un mois, il fut amené à l'asile où il se trouve encore.

Ce qui est intéressant, c'est que la femme même du malade nous raconta, sans préjugé aucun, la maladie de son mari et insista pour bien mettre en évidence le rapport existant entre la chaude-pisse et les troubles nerveux de la première fois, comme de la folie de la seconde. J'ai vu, à mon grand étonnement, ce fait se reproduire pour un autre malade dont je raconterai l'histoire ci-après.

C..., depuis son entrée à l'asile, présente les mêmes troubles mentaux. Tranquille, ne sachant pas trop où il se trouve, il demande sa sortie, mais sans pouvoir dire ce qu'il ferait ensuite. Il s'exprime avec un léger embarras de parole (mot traînant); il a quelques rares idées de grandeur, il manifeste un sentiment de bien-être et de satisfaction.

Il présente du tremblement de la langue, des lèvres et des mains; il oscille quelque peu en marchant, surtout lorsqu'il tourne sur lui-même; les réflexes patellaires sont vivaces, les crémasteriques amortis. La force du dynamomètre est faible dans les deux mains; la sensibilité tactile est partout affaiblie, davantage à gauche.

La pupille gauche est plus dilatée et peu sensible à la lumière. C'est, en un mot, tout l'ensemble symptomatique, non encore très avancé, mais bien déterminé, de la démence paralytique. Le fait que la maladie date déjà de trois ans et a présenté une marche progressive donne le droit de poser un pronostic fâcheux.

Le malade n'étant ni alcoolique, ni syphilitique, et, n'ayant pas présenté d'autres causes pouvant déterminer la folie dont il est atteint, il faut bien se rendre à l'évidence et accepter la supposition de sa femme, c'est-à-dire que la maladie mentale est bien en rapport avec l'infection blennorrhagique.

Observation XVIII

(Prise dans le second Mémoire du docteur VENTURI)

S... (Anne), cinquante ans, mariée, avec neuf enfants. A l'âge de vingt-deux ans, elle eut un accès de folie dont elle guérit en sept

mois..Sa mère et un de ses frères ont été aliénés, une sœur est encore à l'asile.

S... est une très bonne ménagère, mais irritable et portée à se plaindre, menstruation toujours régulière. Se maria à vingt-quatre ans. Toujours bien portante jusque il y a trois mois où son mari lui donna la chaudepisse, dont elle guérit au bout de quelques semaines à l'aide de lavages antiseptiques.

Le mari qui l'amena à l'asile, le 10 courant (avril 1894) eut soin, après avoir raconté les symptômes de la folie de sa femme, d'appeler le médecin à l'écart pour lui faire part de son opinion sur la cause de la maladie qu'il l'attribuait à la chaudepisse communiquée par lui, puisque, peu de jours après sa manifestation, la folie éclata. Toutefois il faut noter, d'après le récit du mari, que la femme S..., dès qu'elle se fut aperçue qu'elle avait la chaudepisse, se mit à pleurer, à se déchirer la figure, à se frapper la tête contre les murs, à se considérer comme perdue, appelant à son aide tous les saints du paradis. On ne doit pas oublier non plus qu'elle se trouve à l'époque du climatérium et que sa menstruation, très irrégulière, ne se produit que tous les deux ou trois mois.

Entrée à l'asile dans un état d'agitation, S... est devenue plus tranquille, elle dort assez bien, répond quelques mots et manifeste une conscience crépusculaire de son état. Elle travaille quelque peu. Elle continue cependant à se plaindre, à dire qu'elle est perdue, sans faire mention de l'écoulement qu'elle a attrapé; elle invoque les saints et se tient constamment la tête. Pas de signes de paralysie; mais léger état de mélancolie anxieuse sans hallucinations. Aucune trace d'écoulement vaginal.

Bien que, chez cette malade, il faille tenir compte de la grande prédisposition héréditaire, de l'époque climatérique, de la honte, enfin, d'avoir attrapé une mauvaise maladie, il faut cependant admettre que la coïncidence de cette dernière avec la folie a été tellement frappante qu'elle n'a pas échappé au mari ignorant, et qu'on peut à bon droit conclure que la blennorrhagie a déterminé l'explosion de la maladie mentale, bien que cette dernière fût favorisée par d'autres conditions, soit héréditaires, soit physiologiques, ou même morales.

Observation XIX

(Prise dans le second Mémoire du docteur VENTURI)

R... (Pierre), quarante-trois ans. Grand-père aliéné; père alcoolique. A présenté, il y a deux ans, un accès de délire alcoolique dont il guérit après quelques semaines de séquestration et de traitement. Après sa sortie de l'asile, il continua de faire son métier de muletier et aussi de boire, sans présenter toutefois de nouveaux signes de désordre mental.

Il y a trois ans, pendant un voyage, il fut pris d'un écoulement urétral vénérien. De retour chez lui, peu de jours après, il donna des signes de désordre mental, errant par le village, bavard, menaçant, insomne.

Ramené à l'asile, son excitation dura encore pendant quelques jours, puis il redevint tranquille, lucide; son écoulement urétral fut guéri, grâce à des injections d'acide borique. Après quarante jours d'internement, il continue d'être sain d'esprit.

Ces trois dernières observations permettent de faire les remarques suivantes :

1° Ces malades n'appartiennent plus à la catégorie des hébéphréniques, parmi lesquels sont recrutées les douze observations qui font partie du premier Mémoire publié par le professeur Venturi. Il est donc permis de dire que, quoique la blennorrhagie soit plus fréquemment en rapport avec la folie hébéphrénique, elle est capable aussi de provoquer des troubles mentaux chez des sujets adultes ;

2° La forme de folie observée a été, dans un cas, une véritable démence paralytique, et, dans les deux autres cas, une manie et une lypémanie; cette dernière, par ses manifestations bruyantes, pouvait être confondue avec les états d'excitation maniaque ;

3° La blennorrhagie, qui, dans la première observation, a seule provoqué une folie si sérieuse, a, dans les deux autres,

servi peut-être seulement de cause occasionnelle au développement de la maladie mentale préparée, du reste, déjà par l'hérédité ou par la dégénérescence.

Ces déductions sont à peu de chose près en accord avec les observations publiées par le docteur Cullerre et viennent à l'appui des aperçus de ce dernier.

Il ressort de tout ceci que, si la blennorrhagie ne produit pas seulement la folie dans la jeunesse, mais aussi à l'âge adulte, son aptitude à faire naître des désordres de l'esprit n'en est que plus démontrée. Il n'est donc pas douteux qu'une observation plus suivie fera connaître de nouveaux rapports de la blennorrhagie et des troubles nerveux, permettant de mettre dans un jour meilleur tous les faits publiés jusqu'à présent.

CHAPITRE V

Pathogénie des complications de la blennorrhagie

Nous avons admis que, dans les différents accidents que nous venons d'étudier, la blennorrhagie était la seule cause à invoquer. Et nous avons essayé d'appuyer cette idée par des faits cliniques. Mais si l'infection blennorrhagique est aujourd'hui généralement reconnue, elle a dû triompher d'un grand nombre de théories.

Nous aurons donc à passer en revue les diverses théories qui ont cherché à expliquer le mécanisme des manifestations à distance au cours de la blennorrhagie.

L'on peut ainsi poser le problème à résoudre : L'infection blennorrhagique est-elle due :

- 1° Soit au gonocoque ;
- 2° Soit aux toxines sécrétées par lui ;
- 3° Soit aux microcoques pyogènes ;
- 4° Soit, enfin, à l'une et à l'autre de ces causes ? Autrement dit :

Y a-t-il *infection générale* de l'organisme par le gonocoque ou par ses toxines ?

Y a-t-il, au contraire, *infection secondaire* ?

1° INFECTION GÉNÉRALE. — Dès que Neisser eut découvert le gonocoque et que Bouchard, Bockart et Bokai l'eurent cultivé et inoculé, on ne fit aucune difficulté à reconnaître que la plupart des complications de la blennorrhagie étaient l'œuvre du gonocoque lui-même. Il fut cherché dans tous les tissus

susceptibles de présenter une localisation blennorrhagique. C'est ainsi que Welandér le trouve dans tous les abcès lymphangitiques du tissu périurétral et dans les glandes de Bartholin. Wolf le découvrit dans les ganglions inguinaux engorgés. Jullien et Horteloup démontrèrent son existence dans la sérosité des vaginalites aiguës. Bockart l'avait constaté dans des abcès du rein et Aufrecht dans ceux du foie, Orthmann dans les trompes. Mais il ne s'agissait encore là que de complications de voisinage ou du moins de complications par continuité. Il fallait montrer que le gonocoque pouvait se retrouver dans les manifestations à distance.

Hallier, Bouchard et Capitan l'avaient vu dans le sang des blennorrhagiques. Il y fut retrouvé plusieurs fois, notamment par Jullien, Lassègne et Diday, Martel et Le Roy. Le liquide articulaire fut également examiné. Pétrone, Bousquet, Kammerer, Bergmann, y décelèrent sa présence. Sahli dit l'avoir rencontré dans les abcès de la peau et Mesnet lui attribue tous les érythèmes qu'on peut trouver au cours d'une blennorrhagie. Enfin, Schedler aurait constaté sa présence dans les végétations de l'endocardite blennorrhagique. Les oculistes allemands lui attribuent les granulations conjonctivales. Enfin, en 1891, Weitheim croit pouvoir encore affirmer que le gonocoque peut provoquer des péritonites aussi bien que les staphylocoques et les streptocoques pyogènes.

Il semblerait donc, d'après les auteurs que nous venons de citer, Jullien entre autres, que la plupart des complications de la blennorrhagie sont imputables au gonocoque lui-même et qu'il est nullement nécessaire de faire appel à d'autres micro-organismes pour les expliquer.

Cependant, la tendance actuelle de tous les auteurs qui envisagent le gonocoque, comme l'agent spécifique de la chaude-pisse, serait d'abandonner provisoirement cette opinion, émise un peu à la hâte, et de lui préférer l'hypothèse de poisons

gonococciques. Ainsi, des observateurs sérieux, comme Ehrlich, Vogt, Kraske, Aubert (de Lyon), Dieulafoy et Vidal, Guyon et Janet (1889), concluent que la cause de l'arthrite, par exemple, réside, non dans la présence du gonocoque lui-même, mais dans l'action sur l'articulation malade des produits solubles sécrétés par ce microbe au niveau de la muqueuse uréthrale.

A priori, il faut reconnaître que de toutes parts, dans le domaine de l'infection, le rôle des poisons est de plus en plus invoqué. D'un autre côté, on sait aujourd'hui que les accidents imputables aux déterminations éloignées d'un microbe donné sont tout aussi bien imputables aux poisons eux-mêmes de ce microbe. Gamaleia a, tout récemment encore, généralisé cette évolution, en soutenant que les microbes pathogènes ne sont nuisibles que par leurs poisons, en d'autres termes, que l'infection n'est que l'intoxication par les poisons bactériens. A l'heure actuelle, rien ne s'oppose à ce que cette hypothèse soit appliquée à la blennorrhagie, et les traitements actuels de la chaudepisse en sont, du reste, presque tous inspirés.

Comme toute théorie, si elle s'applique à la généralité des faits, il ne faudrait cependant pas la considérer comme exclusive ; mais nous pensons que la plupart des complications de la blennorrhagie peuvent s'expliquer, actuellement, par les déterminations du poison spécifique fabriqué par le gonocoque.

2° INFECTION SECONDAIRE. — En examinant la théorie qui fait de la blennorrhagie une infection générale et pour laquelle les accidents parablennorrhagiques sont dus au gonocoque, émigré dans les organes divers, un fait frappe immédiatement : c'est l'extrême diversité des complications, l'immense variété de leur siège et de leur nature.

D'un autre côté, il est prouvé que dans le canal des blen-

norragiques, le gonocoque n'existe jamais seul et qu'il est toujours associé à des agents de la suppuration, en plus ou moins grande quantité. (Giovannini, Lutsgarten, Legrain.)

Pour les partisans de l'infection secondaire, ce ne serait pas au gonocoque, mais à ces microbes pyogènes qu'appartiendrait le rôle principal, sinon unique ; et les complications de la blennorrhagie ne seraient pas le résultat d'une infection générale, mais le fait d'une infection secondaire, en entendant par ce terme l'envahissement par un microbe d'un organisme déjà attaqué par un autre microbe. Cette théorie, émise en 1888 par Bockart, préconisée par Gerheim, puis par Legrain, a été hardiment soutenue par Patris de Broé, dans sa thèse, en 1889.

Et voici comment Patris de Broé comprend le mécanisme de l'infection : à l'état normal, l'urèthre est habité par un grand nombre de microbes qui y vivent en saprophytes, tant que le canal reste sain.

Mais, si le gonocoque y est inoculé, il provoque une inflammation spécifique d'une portion du canal. A la faveur de ce terrain de moindre résistance, par cette brèche ouverte, les agents de la suppuration pénètrent dans l'organisme et vont, en divers points, déterminer des manifestations morbides.

En somme, la théorie de l'infection secondaire s'appuie surtout sur des preuves négatives. Ses partisans n'ont apporté qu'un petit nombre de faits positifs ; et ce n'est qu'en essayant de montrer que le gonocoque, par lui-même, est incapable de donner lieu à des manifestations à distance, qu'ils ont été amenés à penser que ce que ne pouvait faire le gonocoque, d'autres micro-organismes pourraient le produire.

Si cette théorie vaut sur le terrain de la critique, elle est bien faible quand elle s'essaie à construire. Elle détruit la spécificité du gonocoque et nous offre, en échange, les microbes de l'urèthre ; elle abat le tyran et nous donne un conseil des Dix. Sans compter qu'elle ne nous montre pas comment

agissent tous ces nouveaux agents pathogènes si mal connus, si variables d'un auteur à l'autre et dont les caractères sont encore à peine tranchés, on est en droit de se demander si une telle quantité de facteurs, intervenant indifféremment, ne pourrait pas faire perdre au rhumatisme blennorrhagique son caractère de spécificité.

De tout ceci, il nous semble résulter que la question est encore loin d'être vidée. Nous pensons qu'une seule théorie ne peut suffire à expliquer des faits aussi divers.

Aussi, sans vouloir conclure dans un sens ou dans l'autre, et tout en reconnaissant qu'il y a peut-être une part de vérité dans chaque théorie, nous dirons que si l'on peut revendiquer pour l'infection générale (gonocoque et ses toxines) la plus grande part dans la pathogénie des accidents parablennorrhagiques, il serait trop excessif de conclure que l'infection secondaire n'y prend aucune part.

L'observation suivante semble prouver le contraire :

Observation XX

(INÉDITE)

(Recueillie au laboratoire d'histologie et d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine.)

M. X..., officier d'administration, vingt-cinq ans, souffrait depuis quelques jours d'une blennorrhagie aiguë, lorsque, le 23 mai 1894, il ressentit un malaise général et une diminution de l'appétit. Le 24 et le 25, il ne mangea presque pas et continua, néanmoins, son service.

Le 26, il se présenta, pour la première fois, au médecin et lui parla d'une induration de la verge qui le faisait un peu souffrir. Le médecin reconnut une lymphite de cet organe et engagea le malade à garder le lit. Le 27, qui était un dimanche, M. X... ne parut pas en public, mais n'appela pas le médecin. C'est seulement le 28 au matin que l'aide-major, appelé auprès de lui, jugea la situation grave et

fit conduire le malade à l'hôpital. A ce moment, on constata un état de stupeur et d'adynamie profondes, une fièvre forte et surtout une dyspnée considérable avec obscurité de la respiration dans les parties déclives, et râles sonores disséminés ; pouls à 140. La mort survint dans la soirée.

A l'autopsie, on remarque, çà et là, sur la peau, des plaques d'un rouge livide, proéminentes, au niveau desquelles l'épiderme s'enlève par lambeaux, et dont l'incision montre le derme décoloré et baigné dans une sérosité rosée. La verge est tuméfiée et dure ; un pus épais sourd à l'orifice du méat et le microscope permet d'y reconnaître des cellules épithéliales et des leucocytes, la plupart contenant des gonococques, en plus ou moins grand nombre. Le gland est aussi tuméfié et montre au voisinage du repli balano-préputial, une plaque saillante, rouge-sombre, parsemée de points purulents. En disséquant la peau de la verge, on rencontre une nappe de pus grisâtre, sous-cutané, allant de la partie moyenne jusqu'au pubis. Des sections transversales, pratiquées à divers niveaux de l'organe, montrent que l'orifice de l'urèthre laisse partout sourdre un liquide puriforme. Le corps spongieux, sur toute la longueur du canal, ainsi que le gland, sont le siège d'une tuméfaction rouge-sombre, et sont parsemés de foyers purulents. Les corps caverneux ne paraissent pas altérés. La vessie ne paraît pas altérée. La prostate n'a pas été examinée.

La cavité pleurale gauche renferme un demi-litre de pus sanieux et hémorragique, d'odeur gangréneuse. A la partie moyenne du centre tendineux du diaphragme, du côté gauche, existe une perforation circulaire, grande comme une pièce d'un franc, au voisinage de laquelle cette membrane est décolorée, terne et d'aspect nécrosique. Par cette ouverture, le pus de la plèvre a, en partie, fusé dans la cavité abdominale. Il n'y a cependant pas de péritonite généralisée.

Les poumons sont violemment congestionnés. Le poumon gauche, volumineux, présente dans la moitié postérieure de son lobe supérieur une hépatisation molle et diffuse, hémorragique ; le lobe inférieur est parsemé d'infarctus sphériques, du volume d'une noisette à celui d'une noix, montrant, à la coupe, une infiltration hémorragique confinant à l'hépatisation, et, çà et là, des points grisâtres, sans pus bien formé.

Le poumon droit est moins volumineux que le gauche. Son lobe inférieur est aussi parsemé d'infarctus, du volume d'une aveline à celui d'une noisette, et le sommet de ce lobe présente un infarctus cunéiforme à l'état d'hépatisation grise. Le lobe supérieur est le siège d'une

hémorragie diffuse à l'état de splénisation. Les bronches ne renferment pas de pus.

Le cœur ne présente pas de lésion d'orifice, mais la rougeur livide et le ramollissement de son tissu.

Le foie, très volumineux, pesant 2 kil. 080, turgide, rouge-sombre, avec des taches pâles disséminées; consistance assez ferme.

La rate, tuméfiée, pesant 170 gr., complètement diffuse.

Le rein gauche, très-volumineux, pesant 165 gr., rouge-sombre, montre à la coupe une substance corticale, tuméfiée, ramollie, grisâtre, imbibée de sang; et, çà et là, des abcès miliaires, isolés ou conglomérés, entourés d'une zone hémorragique. Le rein droit pèse 140 gr.; mêmes lésions diffuses, mais sans abcès.

Au point de vue bactériologique, le pus recueilli au méat de la verge, le pus du plegmon diffus de la verge, les infarctus du poumon et ceux du rein, donnent, par culture, le staphylococcus aureus.

Le malade serait donc mort de staphylococcie généralisée.

Dans notre cas, ce n'est pas le gonocoque, mais le staphylocoque, que les cultures ont donné, et comme l'examen microscopique du pus de l'urèthre, en nous révélant l'existence du gonocoque, nous avait montré que notre malade était atteint d'une uréthrite blennorrhagique vraie, nous sommes obligés de reconnaître que la mort est due à une infection secondaire.

Du reste, dans ce cas particulier, il faut remarquer que le gonocoque ne paraît pas avoir été sans influence. D'une part, c'est lui qui a ouvert la porte d'entrée à l'infection secondaire; de plus, les inoculations qui ont été faites sur les animaux ont montré une violence considérable du staphylocoque, virulence à laquelle la présence du gonocoque, au niveau de l'urèthre, n'a pas dû être étrangère et qui s'explique, du reste, par ce que l'on sait de l'exaltation des microbes vulgaires par leur association avec un autre microbe.

Enfin, nous n'avons pu savoir, malgré nos recherches, sur quels milieux ces cultures bactériologiques avaient été faites.

Or, étant donné que le gonocoque ne peut être cultivé que sur du sérum sanguin humain, il n'y aurait rien d'étonnant que, sur un milieu différent, les staphylocoques seuls se soient développés, alors qu'on aurait eu des cultures pures de gonocoques, si l'ensemencement s'était fait sur le milieu sus-indiqué.

Mais, quelle que soit la théorie invoquée, supposons remplies les conditions qui permettent l'infection et recherchons de quelle façon le principe infectieux pénètre dans l'organisme, par quelles routes il est porté au sein des centres nerveux.

Ces routes sont nombreuses, bifurquées à l'infini : les unes, retardant la marche des microorganismes par leurs nombreux méandres, remplis d'un liquide propre, peu mobile ; les autres, les entraînant, au contraire, avec rapidité.

Les voies rapides sont constituées par le courant sanguin ; le microbe, qui est transporté par lui, arrive promptement dans les centres, et, s'il possède une grande vitalité, il peut entraîner très vite des désordres graves.

L'agent infectieux arrive aussi facilement, dans les centres, par les voies lymphatiques que par les voies sanguines. Il n'y a qu'une différence de rapidité dans son transport et par conséquent dans sa dissémination ; le courant sanguin l'entraîne plus vite et le dissémine beaucoup plus. Mais, une fois dans les centres, que le microbe traverse les parois vasculaires, ce qu'il peut faire aisément, et il se trouve dans la gaine périvasculaire, qui est du domaine du système lymphatique. Le fait inverse, c'est-à-dire le passage des voies lymphatiques dans le courant sanguin, pour être difficile, ne doit pas être regardé cependant comme impossible.

Nous ne nous arrêterons pas sur le rôle qu'on a fait jouer à la voie sanguine, dans la propagation de l'infection, bien que le gonocoque ait été décélé dans le sang. De même, nous

n'admettrons qu'à titre d'exception le transport de l'infection par la voie épithéliale, l'épithélium urétral étant, comme on le sait, un mauvais milieu pour la pullulation des germes.

Les voies lymphatiques ou voies lentes nous arrêteront plus longtemps. En effet, trois preuves cliniques (lymphangites, abcès lymphangitiques et adénopathies) établissent que les lymphatiques sont bien la voie suivie par l'infection. La blennorrhagie, qui a ainsi produit ces lésions, n'est déjà plus une maladie locale; elle tend à devenir une infection générale. Comme la syphilis, elle suit sa voie. L'économie est à la merci de l'infection.

Dans la moelle, les voies lymphatiques entourent les vaisseaux et les tubes nerveux; elles sont en communication, par l'intermédiaire des gaines lymphatiques périvasculaires et des entonnoirs de la pie-mère, avec les espaces sous-arachnoïdiens et sous-duraux; par l'intermédiaire de ces derniers, avec les espaces ménagés dans les nerfs périphériques par le tissu conjonctif.

La moelle nage pour ainsi dire dans un milieu lymphatique : « La névroglie, dit M. le professeur Renaut, est identique, dans sa constitution, avec le tissu conjonctif lâche, au sein duquel vivent les éléments anatomiques différenciés comme au sein d'une atmosphère lymphatique. La lymphe circule dans les mailles de la névroglie, et il est possible de développer suffisamment cette dernière pour montrer clairement qu'elle est l'intermédiaire obligé entre les éléments nerveux d'une part, et, d'autre part, les vaisseaux qui les nourrissent. Il n'existe pas de lymphatiques canaliculés dans les centres nerveux myélencéphaliques. »

Les communications entre les divers départements du système lymphatique sont bien mises en évidence par les belles injections pratiquées par MM. Axel Key et Retzius.

Toutes ces injections ont rendu évidentes les larges com-

munications qui existent entre les espaces qui séparent les divers éléments nerveux, espaces qui sont remplis par les sucs nourriciers. Si, en effet, on injecte un liquide coloré dans la cavité sous-arachnoïdienne, on retrouve l'injection dans le périneurium d'un nerf périphérique, et, si l'on injecte ce périneurium, on retrouve l'injection dans les espaces intertubulaires des nerfs.

Ces auteurs ont démontré, en outre, que les lymphatiques des diverses régions communiquent avec les espaces sous-duraux et sous-arachnoïdiens du cerveau et de la moelle.

Les agents infectieux, « ces bohémiens de la pathologie », comme les appelle M. le professeur Pierret, circulent dans ces nombreux méandres lymphatiques jusqu'à ce qu'ils trouvent une région favorable à leur développement.

Si nous considérons maintenant les phénomènes que suscitera dans l'organisme le microbe qui trouve un milieu favorable à son évolution, nous voyons qu'il va se produire une réaction organique, se manifestant sous la forme de phénomènes inflammatoires.

Le microbe suscite, en outre, une réaction chimique dans les humeurs, qui peut donner lieu à des ptomaines toxiques, ainsi que Brieger l'a démontré pour certains cas.

Les phénomènes inflammatoires se manifesteront d'abord par de la congestion ; cette congestion sera telle que, dans les capillaires, les parois pourront se rompre en certains points et déterminer ainsi des hémorragies capillaires disséminées dans les diverses parties de l'axe médullaire. En d'autres endroits, ce sera une exsudation abondante de cellules lymphatiques dans les gaines périvasculaires. Il pourra se produire, en même temps, des ruptures de ces gaines et une infiltration de cellules lymphatiques entre les tubes nerveux ; les travées névrogliales, sous l'action du travail inflammatoire, reviennent à l'état embryonnaire.

Tout peut s'arrêter là ; l'organisme réagit contre le microbe, et, après quelques troubles fonctionnels, tout rentre dans l'ordre. Mais, si le germe jouit d'une grande vitalité, s'il peut résister à la réaction curatrice, il continuera son évolution, les vaisseaux seront comprimés, par places, par la grande quantité de cellules lymphatiques accumulées dans les gaines, ils prendront un aspect moniliforme. Les vaisseaux seront obstrués par un caillot sanguin plus ou moins volumineux ; il en résultera une mauvaise nutrition, puis la mort des éléments nerveux. Si on intervient avant que le processus ait tué ces derniers, tout peut rentrer dans l'ordre, sinon ces éléments dégénèrent et sont remplacés par du tissu de sclérose. Ces foyers de ramollissement peuvent donner lieu, par la suite, à des phénomènes de dégénérescence secondaire.

Le phénomène vasculaire donne la marque du degré de l'inflammation : à une période avancée, lorsque la sclérose est complète, on trouve, dans les coupes, des vaisseaux à parois épaissies, dont les gaines lymphatiques sont remplies de cellules et d'exsudats fibrineux ; tout autour, le tissu nerveux est détruit.

Chaque maladie infectieuse des centres nerveux tire sa gravité de la localisation de son agent microbien. Pour aucune il n'est de région qu'il ne puisse atteindre. Et, si on n'a pas trouvé le gonocoque dans les centres nerveux, la raison en est fort bonne : c'est qu'on ne l'y a pas cherché. Cependant on rencontre plus souvent tel ou tel microbe dans telle ou telle partie des centres nerveux.

De plus, la force et la vitalité des tissus humains jouent un grand rôle dans la lutte que soutient l'organisme contre les agents infectieux. Si ces tissus se trouvent dans leur état physiologique, si le microbe ne se localise pas dans une portion essentielle des centres nerveux, il devra rétrocéder ou n'entraînera pas une terminaison fatale.

Quoi qu'il en soit, les troubles cérébraux, consécutifs à la blennorrhagie, peuvent être la conséquence :

1° De l'action des gonocoques eux-mêmes, qui peuvent déterminer, par leur multiplication et leur accumulation en un point du cerveau, de véritables colonies, de véritables embolies microbiennes, qui sont l'origine des troubles psychiques observés. L'anatomie nous montre (nous l'avons vu) qu'ils peuvent se répandre dans toutes les régions, grâce à la disposition des voies sanguines et lymphatiques.

2° De l'action des produits solubles sécrétés par les gonocoques. Il peut, en effet, se faire une accumulation dans les liquides nourriciers qui viennent irriguer les centres nerveux, de ces produits excrémentitiels dont l'élimination ne s'est pas faite régulièrement ou dont la production a été exagérée. Alors, ces substances chimiques, ces toxines, élaborées par les agents infectieux, constituent des matières septiques qui intoxiquent les éléments nerveux, à la façon du poison saturnin, par exemple ; ou bien, il se produit une véritable auto-intoxication, causée par ces produits que le malade n'élimine pas, et les troubles psychiques observés consécutivement sont, dans ce cas, analogues à la folie urémique.

Aujourd'hui, en effet, avec la tendance qu'on a de voir partout des infections directes ou des intoxications, on peut admettre l'hypothèse qu'il s'agit d'une intoxication cérébrale causée par l'infection blennorrhagique localisée d'abord au siège d'origine. Cette hypothèse serait, à la vérité, favorisée par cette considération, que la guérison de la folie arrive souvent de pair avec la guérison de l'infection locale.

La stupeur et la manie avec ou sans hallucinations, consécutives aux délires de la période aiguë de la blennorrhagie, seraient dues, croyons-nous, à l'intoxication lente et profonde du sang ou à des lésions nerveuses.

CHAPITRE VI

Traitement

Les indications thérapeutiques doivent s'adresser, à la fois, à la blennorrhagie et à ses diverses manifestations nerveuses.

1° La blennorrhagie exige un double traitement : comme maladie générale, elle ne doit pas être négligée et l'on doit éviter l'action du froid et les fatigues, car l'arthrite blennorrhagique peut être une cause d'appel de l'infection vers la moelle. Enfin, si la nutrition est languissante et si l'épuisement est marqué, on doit prescrire un régime fortifiant et des toniques appropriés, afin de réparer les pertes de l'organisme.

Comme maladie infectieuse, on doit, dès le premier jour, essayer d'aseptiser la muqueuse uréthrale où réside primitivement le gonocoque. On peut atteindre ce but par des injections fréquentes de sublimé ou de permanganate de potasse, en ayant soin de comprimer l'urèthre, à la racine de la verge, pendant l'injection, de peur qu'elle ne refoule le pus dans l'urèthre postérieur que l'on sait être l'habitable favori du gonocoque. De plus, l'injection ne devra être faite qu'après que le malade aura préalablement pissé, afin de balayer le canal. Pour éviter les cystites purulentes, on fera des lavages antiseptiques de la vessie.

Comme antiseptiques internes, on prescrira le naphtol, le benzo-naphtol, la quinine, et surtout le salol, à cause de son élimination par le rein.

Enfin, dans le cas d'eschare sacrée, panser antiseptique-

ment au salol ou à l'iodoforme, pour prévenir une nouvelle cause d'infection secondaire.

2° Pour les manifestations nerveuses, on prescrira un traitement approprié à chacune d'elles :

Pour les *névrites* et les *névralgies* blennorrhagiques, salicylate de soude, antipyrine ou exalgine à l'intérieur ; et, à l'extérieur, injections morphinées, pulvérisations de chlorure de méthyle, cautérisation ponctuée, sans oublier toutefois que le traitement antiblennorrhagique agit tout aussi efficacement.

Pour les *méningo-myérites* blennorrhagiques, essayer le salicylate de soude, 4 à 5 grammes par jour, les révulsifs (ventouses scarifiées, pointes de feu) le long de la colonne vertébrale, enfin, la galvanisation pour parer à l'atrophie musculaire. — En somme, on ne peut instituer, en pareil cas, que le traitement des symptômes, n'espérant pas atteindre, au moyen d'un médicament spécifique, l'agent infectieux dans sa localisation médullaire. Là, comme ailleurs, la prophylaxie est plus aisée que la curation.

Enfin, pour les *manifestations cérébrales*, pour les troubles psychiques liés à la blennorrhagie, prescrire les potions opiacées, le chloral, la morphine ou l'atropine en injections, ou bien les douches froides, dans les cas d'agitation maniaque ; et surtout l'isolement complet.

Mais, au point de vue thérapeutique, il est important de prévoir la localisation des microbes dans les centres nerveux. Il faut alors prévenir le développement des maladies mentales, en faisant de la prophylaxie et en soignant les centres nerveux pour empêcher l'explosion des troubles cérébraux.

CONCLUSIONS

I. — La blennorrhagie est une maladie générale, infectieuse, de nature microbienne. Les faits cliniques (accidents généraux et manifestations localisées sur les divers organes ou systèmes) le prouvent suffisamment.

II. — Elle est due au gonocoque de Neisser (juillet 1879), dont la spécificité a résisté à toutes les attaques ; toutefois, cependant, le microbe de Neisser n'est pas le seul qu'on trouve dans les écoulements uréthraux.

III. — Parmi les nombreux organes ou systèmes, sur lesquels se localise le virus blennorrhagique, le système nerveux, périphérique et central, est peut-être le plus rarement atteint, mais c'est celui dont les lésions sont encore le moins connues et dont l'étude offre, par suite, le plus d'intérêt.

IV. — Ces lésions consistent en névrites périphériques, névralgies, méningo-myélites et troubles cérébraux avec folie consécutive, lésions dont l'apparition se produit dans le cours ou au déclin de la blennorrhagie, dont le pronostic est généralement moins sévère qu'on ne pourrait le croire au premier abord, et dont le traitement, propre à chacune d'elles, doit être accompagné, pour produire un bon résultat, du traitement général antiblennorrhagique.

V. — L'infection blennorrhagique est surtout causée par le gonocoque et les produits solubles ou toxines qu'il sécrète ;

mais, dans certains cas cliniques particuliers, le fait d'une association microbienne paraît montrer qu'il y a eu infection secondaire.

VI. — La propagation du virus blennorrhagique se fait principalement par la voie lymphatique; c'est par elle qu'il pénètre dans l'organisme et dans les centres nerveux, ainsi que nous le montre l'anatomie pathologique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARNOZAN. — Journal de méd. de Bordeaux, n° du 4 août 1889.
- AUDRY. — Considérations sur quelques affections parablennorrhagiques (Ann. dermat. et syph., p. 450, 1887).
- AUFRECHT. — Pathol. nuttheilungen. Magdeb., 1884.
- BARRIÉ. — Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique (Thèse Paris, 1894).
- BELOUS. — Action des mal. infect. sur les centres nerveux (Th. Lyon, 1888).
- BOCKART. — Vierteljahreschrift f. dermat. und syph., 1883.
— Monatschrift f. prakt. Derm. 1887.
- BONNET. — Complicat. cérébrales du rhum: blen. (Th. Paris, 1877).
- BONNET. — Étude des névrites périphériques infectieuses aiguës (Th. Lyon, 1892).
- BOUSQUET. — Société de chirurgie, octobre 1885.
- BOKAÏ. — Vierteljahreschrift f. dermat. und syph., 1881.
- BOSC. — Le gonocoque (Th. Montpellier, 1893).
- BRISSON. — Sciatique blennorrh. (Th. Paris, 1883).
- BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition, 1883.
- CHAVIER et FÉVRIER. — Rev. méd., p. 1020, 1888.
- CAMPBELL. — Contribution à l'anat. path. de la polynévrite alcoolique (Zeitsch. f. Heilkunde, janvier 1893).
- CHARDON-FLEURET. — De l'influence des maladies infect. sur le développement des mal. ment. (Th. Lille, 1889).
- CHEVALIER-LAVAURE. — Des auto-intoxications dans les mal. ment. (Th. Bordeaux, 1890).
- CHEVALIER-LAVAURE et RÉGIS. — Les folies des mal. aiguës (Gaz. hebdom., 1893).
- CHÉRON. — Recherches sur la folie consécut. aux mal. aiguës (Th. Paris, 1866).

- CHRISTIAN. — Folie consécut. aux mal. aiguës (Arch. génér. de méd., 1873).
- COUTAGNE. — Ann. de Dermat., p. 103, 1870.
- CULLERRE. — Note sur la folie infectieuse, d'origine blennorrhagique (Vendée médicale, 1^{er} mai 1894).
- La folie blennorrhagique (Revue critique, in Ann. méd.-psychol., octobre 1894).
- CROS. — Contrib. à l'étude de la localisation de la blenn. sur les nerfs périphériques (Th. Montpellier, 1893).
- DEVIC. — De la psychose polynévritique (Province médicale, 1892).
- DUFOUR. — Des méningo-myélites blenn. (Th. Paris, 1889).
- EVERARD-HOME. — Practical observation on the treatment of stricture of the urethra. London, 1803.
- FÉRÉOL et PIDOUX. — Union médicale, t. XXXII, p. 472 et suivantes, 1866.
- FINGER. — Die blenn. der sexualorg. und ihre compli. (Leipzig und Wien, 1891).
- FISCHEL. — Analyse in Semaine médicale, p. 200, 1891.
- FOURNIER. — De la sciatique blenn. (Union méd., 1868, et Ann. de Dermat., 1869).
- FURBRINGER. — Traité des mal. des org. génito-urinaires, 1892.
- FUSIER. — Les Prédestinés (Th. Paris).
- GERHEIM. — Verhand. der phy. medic., Gesell. zu Würzburg, 1888.
- GIOVANNINI. — Centralbl. f. d. Medic. Wissen. 1886.
- GULL. — Medico-chirurgical transact., vol. XXXIX, p. 200, 1856.
- Guy's Hospital Reports, p. 313, 1861.
- GUYON. — Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires (Ann. génito-urinaires, 1890).
- HAYEM et PARMENTIER. — Manif. spinales de la blenn. (Rev. méd., p. 433, 1888).
- HAURY. — Étude des neuro-cérébrites toxiques (Th. Lyon, 1894).
- HUNTER. — Traité des mal. vénér., 1786.
- JACQUET. — Recherches de clinique et de bactériol. sur le rhum. blenn. (Annales Dermat., 1892).
- JULLIEN. — Traité des mal. vénér., 1886.
- KAMMERER. — Centralblatt f. chirurg., p. 49, 1889.
- KRÖPELIN. — Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten (Archiv. f. Psychiatrie, 1881 et 1882).

- LEGRAIN. — Les poisons de l'intelligence (Ann. méd.-psychol., 1891-1892).
- LELEDY. — Rapports de la grippe avec l'aliénat. ment. (Th. Paris).
- LE ROY D'ETIOLLES. — Des paralysies des membres inférieurs (Paris, 1856).
- LEYDEN. — De la myélite (Semaine médic., p. 81, 1892).
- LUTSGARTEN et MANNABERG. — Viertel jahreschrift. f. dermat. und syph., 1887.
- MAIRET. — Grippe et aliénat. ment. (Montp. méd., 1890).
- MOREAU (de Tours). — Folie névropathique, p. 10.
- MUGNIER. — Folie consécutive aux mal. aiguës (Th. Paris, 1865).
- NEISSER. — Centralblatt. für der medicinischen Wissenschaften, 1879.
— Deutsche med. Wochenschrift, 1882.
- ORTHMANN. — Archives de Virchow, avril 1887.
- PANAS. — Névrite optique, d'orig. blen. (Sem. méd., 1890).
- PATOIR. — De l'infection blen. (Th. Lille, 1893).
- PATRIS DE BROË. — Pathogénie des complicat. de la blen. (Th. Paris, 1889).
- PÉTRONE. — Salla natura parasitaria delle arthrite blenn. (Spallanzani Modena, 1885).
- POMBRAC. — Sur un cas de paralysie, d'origine blen., Wratch., n° 4, 1893).
- POLOZOFF. — Roussk. medyc., p. 264, n° 17, 1891).
- KEY et RETZIUS. — Studien in der anatomie des nervensystems und des Bindegewebes, 1875.
- RAYMOND. — Les complications nerveuses de la blen. (Gaz. des hôp., 1891).
- RAYNAUD. — De la nature infectieuse de la blen. (J. des mal. cut., février 1890 et mars 1891).
- SELLE. — Medicina clinica (Berlin, 1781).
- SOUPLET. — La blen., mal. générale (Th. Paris, 1893).
- SPILLMANN et HAUSHALTER. — Contribut. à l'étude des manif. spinales au cours de la blen. (Rev. de méd. et Gaz. des hôp., 1891).
- STANLEY. — Medico-chirurgical transact., vol. XVII, p. 260, 1833).
- STEFANINI. — Giornale ital. delle mal. venere et della pelle, p. 46, 1881.
- STIÉNON. — Journal de médecine de Bruxelles, p. 145, 1892.
- STRAUSS. — De la psychose polynévritique (Th. Lyon, 1893).
- SWÉDIAUR. — London medical journal, 1781.

THORE. — Folie consécutive aux mal. aiguës (Ann. méd.-psychol., 1850).

TALAMON. — Revue de méd., pp. 58, 136 et 195, 1878.

TRAPEZNIKOV. — Vracht, p. 22, 1891.

VENTURI (Silvio). — Psicopatia blennorrhagica (Riforma medica Napoli, avril 1894).

— Folie blennorrhag. et pyophrénies (Ann. méd.-psychol., 1895).

VEYSSET. — Thèse de Paris.

VULPIAN. — Mal. du syst. nerv., t. I et II (1879-1886).

WEBER. — On delirium of acute insanity during the decline of acute diseases (Med. chirurg. transactions, London, 1865).

WELLANDER. — Gaz. méd. des hôp., juin 1884.

WOLFF. — In thèse Crivelli, Paris, 1884.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 15 mai 1896.

Le Recteur,

J. GÉRARD.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 15 mai 1896.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !